

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



“CALIDAD DE VIDA (SF36) Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES
DADOS DE ALTA POR COVID-19 DEL ÁREA DE CUIDADOS CRÍTICOS
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021”

TESIS

PRESENTADA POR

ERICK EHMANUEL ROQUE FRANCO

ASESOR:

MSc.. Gerson Roberto Gómez Zapana

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Tacna – Perú

2022

DEDICATORIA

*A mi madre, Mariela Franco y a
mi padre, Heráclito Roque*

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Mariela y Heráclito, y mi hermano, Jeanpierre, por mostrarme su apoyo incondicional y compartir conmigo este sueño que recién empieza.

A todos mis amigos y compañeros que me acompañaron en este camino por la universidad, en la que estuvimos juntos en esta búsqueda de conocimiento y de crecimiento tanto profesional como personal.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
.....	3
ÍNDICE.....	4
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I.....	11
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2.1 PREGUNTA GENERAL.....	12
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
1.4 JUSTIFICACIÓN	13
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	14
1.5.1 Calidad de vida en salud.....	14
1.5.2 Paciente post covid.....	14
1.5.3 Área de cuidados críticos por COVID-19	15
CAPÍTULO II.....	16
2 REVISIÓN DE LA LITERATURA	16

2.1	ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	16
2.1.1	Antecedentes regionales.....	21
2.2	MARCO TEÓRICO.....	22
2.2.1	COVID-19	22
2.2.2	POST COVID.....	23
2.2.3	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL ÁREA COVID 24	
2.2.4	CALIDAD DE VIDA	27
CAPITULO III.....		34
3	VARIABLES E HIPÓTESIS.....	34
3.1	HIPÓTESIS	34
3.2	VARIABLES.....	34
3.2.1	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	34
CAPÍTULO IV.....		37
4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	37
4.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	37
4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO.....	37
4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	37
4.3.1	UNIDAD DE ESTUDIO	38
4.3.2	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	38
4.3.3	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	39
4.4	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 39	
CAPÍTULO V.....		43
5	PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	43

5.1	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS	43
5.2	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	44
5.3	PROCESAMIENTO ANALÍTICO DE LOS DATOS.....	44
	RESULTADOS.....	45
	DISCUSIÓN	67
	CONCLUSIONES	72
	RECOMENDACIONES.....	74
	BIBLIOGRAFÍA.....	75
	ANEXOS.....	80

RESUMEN

Objetivo: El propósito fue conocer la calidad de vida e identificar los factores relacionados con el paciente COVID-19, tratado y dado de alta del área de cuidados críticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna al 2021

Material y método: investigación de observación prospectiva analítica de corte transversal. La muestra fue de 127 pacientes diagnosticados de COVID-19 severo, internados en el área de cuidados críticos ya dados de alta, que fueron captados en su domicilio. Se utilizó el cuestionario de calidad de vida SF-36, la cual tiene validación a nivel nacional e internacional.

Los resultados: El 59.8% tenía entre 50 a 59 años. El 40.2% con secundaria completa, el 50% era conviviente y el 23.6% casado/a. El 32.3% con antecedente de diabetes, el 18.1% obesos y 25.2% hipertenso. El 70.9% con más de 6 meses post alta hospitalaria; un 18.1% con 4 a 6 meses post internamiento. El 51.2% había estado internado de 16 a 30 días en el área de cuidados críticos. Según calidad de vida, las esferas más comprometidas fueron rol físico (media de 6.34), rol emocional (media: 24.47), salud general (media: 43.46) y función física (media: 48.58). en el consolidado por dimensiones, la física general tuvo una media de 36,40 (D.E: 7.25) y mental general una media de 36,66 (D.E: 5.59).

Conclusiones: los factores relacionados a calidad de vida en la dimensión física general, fueron edad (p:0.039), ocupación (p:0.028), nivel de instrucción(p:0.021), estado civil (p:0.01), enfermedades concomitantes (p:0.000), tiempo en cuidados críticos (p:0.001). En el componente mental general, las variables relacionadas fueron edad (p:0.000), ocupación (p:0.000), nivel de instrucción(p:0.000), estado civil (p:0.000), Tiempo transcurrido del alta (p:0.000), Tiempo en el área de cuidados críticos (p:0.028).

Palabras clave: Calidad de vida, COVID-19, post alta.

ABSTRACT

Objective: The purpose was to know the quality of life and identify the factors related to the COVID-19 patient, treated and discharged from the critical care area of the Hipólito Unanue hospital in Tacna by 2021.

Material and method: cross-sectional analytical prospective observation research. The sample consisted of 127 patients diagnosed with severe COVID-19, hospitalized in the critical care area, discharged and collected at home. The SF-36 quality of life questionnaire with national and international validation was used.

The results: 59.8% were between 50 and 59 years old. 40.2% had completed high school, 50% were cohabiting, and 23.6% were married. 32.3% with a history of diabetes, 18.1% obese and 25.2% hypertensive. 70.9% with more than 6 months post hospital discharge; 18.1% with 4 to 6 months post hospitalization. 51.2% had been hospitalized from 16 to 30 days in the critical care area. According to quality of life, the most compromised spheres were physical role (mean: 6.34), emotional role (mean: 24.47), general health (mean: 43.46) and physical function (mean: 48.58). in the consolidated by dimensions, general physical had a mean of 36.40 (SD: 7.25) and general mental had a mean of 36.66 (SD: 5.59).

Conclusions: the factors related to quality of life in the general physical dimension were age (p:0.039), occupation (p:0.028), level of education (p:0.021), marital status (p:0.01), concomitant diseases (p:0.000), time in critical care (p:0.001). in the general mental component, the related variables were age (p:0.000), occupation (p:0.000), educational level (p:0.000), marital status (p:0.000), time elapsed since discharge (p:0.000) , Time in the critical care area (p:0.028).

Keywords: Quality of life, COVID-19, post discharge.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Respiratorio agudo severo por coronavirus 2 (SARS-CoV-2), generó el daño denominado, Enfermedad por coronavirus (COVID -19), provocando una pandemia mundial, donde nuestro país no escapó a su ataque presentándose principalmente en adultos como una infección característica de las vías respiratorias. Hay poca información del impacto en la calidad de vida en salud de las personas afectadas y en especial en aquellas donde el daño fue moderado a severo con hospitalización e ingreso a alguna sala de cuidados intensivos.

Por lo general, el periodo de recuperación para el infectado por COVID-19 es en promedio de 2 semanas, si la patología fue leve y de 3 a 6 semanas en los casos graves o críticos. Pero lamentablemente en pacientes que llegan a área de cuidados críticos, la culminación puede ser fatal o dejar secuelas de por vida (1). Es en ese sentido, existe la necesidad de conocer ¿cómo es la calidad de vida de los pacientes que fueron dados de alta?, específicamente aquellos que fueron pacientes críticos. En el presente estudio se indagó sobre las características socio demográficas, se evaluó la calidad de vida mediante el cuestionario SF 36 y se buscó relacionar esa calidad de vida según dimensiones en el paciente con diagnóstico de COVID-19 tratado en el Área de Cuidados Críticos y dado de alta del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021 sobreviviendo al evento grave.

Los resultados servirán para generar estrategias de seguimiento a un gran grupo de pacientes que, además de la terapia de rehabilitación, considera otros factores que le afectan su estado emocional y físico.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad pandémica de coronavirus (COVID-19), viene ocasionando profundos cambios a quienes de una u otra manera la han padecido, en quienes han tenido un familiar infectado e incluso en quienes nunca vivieron de cerca ningún caso, porque la afectación no es solo física o emocionalmente, sino también viene afectando el estilo de vida de millones de personas a nivel mundial, y sin embargo hay escasos datos sobre su efecto físico y psicosocial en los supervivientes y sus familias.

Aun cuando la mayor parte de los pacientes muestran fiebre, tos, mialgias o fatiga con una evolución autolimitada, ciertos pacientes desarrollan disnea e hipoxemia, requiriendo ingreso hospitalario y/o en Área COVID. Dichos pacientes son sensibles a desarrollar indicios persistentes, presentando una reducción de la calidad de vida relacionada con la salud que impacta en su capacidad de autocuidado y de hacer las ocupaciones usuales en los meses posteriores al egreso hospitalario, en especial esos que ingresaron en Área de Cuidados Críticos. La calidad de vida relacionada con la salud es reconocida como un elemento fundamental luego de la hospitalización, en especial en quienes estuvieron en cuidados intensivos. Dado que la gravedad de la enfermedad y por el solo hecho de haber estado en cuidados intensivos resulta relevante

conocer cómo es la calidad de vida en salud de esos pacientes y si a pesar del tiempo transcurrido aún persisten indicios luego de la hospitalización de pacientes con coronavirus (2).

Las secuelas son un tema que viene cobrando trascendencia principalmente a largo plazo, luego del alta hospitalaria, debido a la creciente expectativa de vida de pacientes admitidos en el Área de Cuidados Críticos y que sobreviven a la misma. Las complicaciones físicas al alta del Área de Cuidados Críticos son muy comunes y tienen la posibilidad de clasificarse en pulmonares y extra pulmonares, y son tal vez los primordiales determinantes, entre otros resultados, del lugar de derivación al alta de la Área de Cuidados Críticos. La secuela extra pulmonar más recurrente es la postración muscular, relacionada con el decrecimiento de la masa muscular, así como el decrecimiento de la fuerza y la resistencia. El peligro de mortalidad al año es todavía más grande si existen síntomas persistentes al alta del Área de Cuidados Críticos (3).

Por esas consideraciones es que en esta propuesta se pretende analizar la calidad de vida de quienes estuvieron en la unidad de cuidados intensivos producto de la enfermedad por COVID-19.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PREGUNTA GENERAL

¿Cuáles son los factores relacionados a la calidad de vida del paciente dado de alta por COVID-19, del área de cuidados críticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna al 2021?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores relacionados a la calidad de vida del paciente dado de alta por COVID-19, del área de cuidados críticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna al 2021

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar socio demográficamente al paciente con diagnóstico de COVID-19 tratado en el área de cuidados críticos y dado de alta del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021
- b) Medir la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36 en el paciente con diagnóstico de COVID-19 tratado en el área de cuidados críticos y dado de alta del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021
- c) Identificar los factores sociodemográficos asociados a calidad de vida y su caracterización según dimensiones en el paciente con diagnóstico de COVID-19 tratado en el área de cuidados críticos y dado de alta del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021

1.4 JUSTIFICACIÓN

En los primeros meses de la enfermedad pandémica se tenía escasa información relacionadas con la enfermedad COVID-19 y nada sobre calidad de vida en salud asociada con coronavirus; inclusive de esta forma, la información en grupo anticipaba secuelas devastadoras de la patología. A partir de las primeras fases de la enfermedad pandémica se evidenció que las expresiones clínicas de coronavirus son demasiado heterogéneas; las secuelas a corto y largo plazo sobre la calidad de vida relacionada con

la salud post covid-19 aún se desconoce con exactitud. Los sujetos de edad avanzada y los pacientes con comorbilidades, como diabetes, obesidad, y trastornos cardíacos y pulmonares, son quienes exponen maneras graves de la patología. Los pacientes graves son quienes fueron catalogados con mayor riesgo y complicaciones severas como el síndrome de distrés respiratorio agudo, infecciones secundarias, y problemas cardíacos (4,5). Este estudio es importante porque contribuirá de modo teórico y práctico, ya que se identificará la condición en la que viven los pacientes que sufrieron de COVID-19. Además de las manifestaciones emocionales como la ansiedad y miedo por el peligro alto de contagio, al igual que culpa y depresión en los casos de transmisión. Pero además que esa condición puede darnos a conocer que existe una población que aún tiene un problema que se requiere atender, conociendo los aspectos en que se orienta la calidad de vida se puede tomar decisiones como la recomendación de algún tipo de terapia recuperativa.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

1.5.1 Calidad de vida en salud

Es comprensible que la calidad de vida sea un concepto particularmente humanizado, valor que se asigna a partir de la percepción de las limitaciones relacionadas con la satisfacción personal con el cuerpo, las emociones, la familia, el amor y las condiciones sociales, y el valor que se le atribuye entre otras cosas (6).

1.5.2 Paciente post covid

Pacientes que han superado la infección por SARS-COV-2 (7). Para este estudio se considerará a pacientes que por la gravedad de la enfermedad estuvieron en la Unidad de cuidados intensivos.

1.5.3 Área de cuidados críticos por COVID-19

Área de hospitalización, donde se ofrece atención de vigilancia a pacientes críticos, donde los pacientes requieren atención de alta complejidad y sumamente especializada.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Antecedentes internacionales

Abril Mera T et al (8) publicaron su estudio titulado “*Disnea e impacto en la calidad de vida de los pacientes COVID-19 después del alta hospitalaria*” mediante un estudio cuantitativo relacional de diseño no experimental se propusieron estudiar el grado de disnea y su efecto en la calidad de vida de los pacientes post coronavirus a partir del alta hospitalaria. El trabajo incluyó a 104 pacientes entre 20 a 65 años de edad que fueron atendidos entre el mes de mayo a junio del 2020 en el hospital Monte Sinaí de Guayaquil Ecuador. El mayor porcentaje poblacional evaluado pertenecía al género masculino y las edades entre 50 a 59 años, donde la hipertensión sobresale en medio de las enfermedades pre-existentes; el 71% de los pacientes valorados tiene disminución de la capacidad física, 2 a 5 en la escala de Borg; el 30% de los pacientes tiene disnea moderada, el 35% señaló que su calidad de vida relacionada con la salud, fue mala antes del alta hospitalaria y se verificó su dependencia entre calidad de vida y la disnea (mMRC), debido a que esos pacientes con disnea nivel 3 y 4 presentaban un mala calidad de vida y en el 70% de los pacientes valorados el cansancio interfiere en sus ocupaciones en general. Conclusión: Los pacientes Post coronavirus muestran disnea moderada que interfiere en su calidad de vida, las mismas que permanecen en relación a la edad, precedentes patológicos y la era

de evolución. Un porcentaje considerable de los pacientes indica que su calidad de vida ha sufrido un alto impacto posterior al contagio del COVID-19, pues la afectación constante a nivel pulmonar les impide desarrollar las actividades con la misma sencillez que antes.

Taboada et al (9) en su trabajo **“Calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por COVID-19. Estudio observacional prospectivo comparando pacientes con o sin ingreso en UCI**, refiere que existe una tendencia en los pacientes hospitalizados por COVID-19 a desarrollar síntomas persistentes y a presentar una disminución en su calidad de vida tras el ingreso hospitalario. En su estudio de cohorte prospectivo de pacientes con COVID-19 con ingreso hospitalario Santiago de Compostela, entre el 1 de marzo al 30 de abril de 2020 en Galicia, España. Durante el tiempo del estudio, de los 242 pacientes ingresados en el hospital, el 18,2% requirió ingreso en la UCI, mientras que el 16,5% falleció en el hospital y el 83,5% pudo salir. Seis meses después de su ingreso en el hospital, el 75,6% de los pacientes completaron los cuestionarios sobre su calidad de vida en relación con su salud y los síntomas persistentes. Se encuestó un total de 151 pacientes de cuidados no intensivos y 32 pacientes de UCI. En general, el 52,4% de los encuestados dijo que su calidad de vida había disminuido y el 78,1% informó que todavía experimentaba síntomas. Los que habían estado en UCI reportaron una peor calidad de vida que los que no (71,9% vs 43,7%, $p = 0,004$). Los pacientes que estuvieron en UCI tienen peor calidad de vida que los que no, según una investigación. No hubo diferencia en el número de síntomas que continuaron entre los pacientes de la UCI y fuera de la UCI (87,5 % frente a 76,2 %, $p = 0,159$).

Molina-Molina et al (10) En su estudio “Consecuencias y Consecuencias del COVID-19” en Barcelona, España. Mencionó que

la pandemia del SARS-CoV2 es la peor pesadilla para las familias y los sobrevivientes, pero que están profundamente viciados por la enfermedad. En conjunto, las consecuencias y consecuencias del COVID-19 son múltiples e incluyen diferentes dimensiones físicas, emocionales, organizacionales y económicas, que requerirán un enfoque multidisciplinario, horizontal y colaborativo, así como una importante motivación, voluntariado y optimización de recursos. Hacer frente a la inminente crisis financiera. Pasada la fase aguda, las secuelas del tsunami tardarán meses o años en superarse, algo que hay que afrontar a pesar de todas las dificultades. Y encontraron que las secuelas respiratorias provocadas por la COVID-19, especialmente tras el síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA) y eventos trombóticos pulmonares inducidos, y las consecuencias inmediatas en neumología son principalmente las secuelas pulmonares parenquimatosas (sd. Distrés, lesión pulmonar aguda, dificultad respiratoria, depósito de membranas alveolares ricas en hialina, fibrosis pulmonar) síntomas persistentes como la tos fiebre y disnea; secreción mucosa, dolor torácico y pulmonar; en el aspecto muscular) se observa debilidad general y dolor errático; en el aspecto Neurocognitivo (la falta de atención, pérdida de memoria, mala calidad de sueño, insomnio); en lo psicológico (la ansiedad, depresión y miedo); en lo digestivo (Atragantamiento, cambio en el ritmo deposicional y sensación de plenitud); además de la pérdida de peso.

Guzman E et al (11) "Impacto de un contexto de pandemia sobre la calidad de vida de adultos jóvenes" de las universidades de la Ciudad De Tacna, Chile. Se propuso comparar la calidad de vida autoinformada entre entornos no pandémicos y no pandémicos. El trasfondo de la alerta sanitaria COVID-19 entre los jóvenes incluyó a 63 mujeres y 94 hombres. Estudio retrospectivo; 157 jóvenes, con

edades comprendidas entre 18 y 28 años, el cuestionario SF-36 debe utilizarse en dos situaciones: sin antecedentes de pandemia (septiembre 2019) y una pandemia (abril 2020). Al comparar la valoración entre una pandemia y una situación pandémica, se observó una disminución de la calidad de vida en términos de vitalidad (p: 0,004), función social (p: 0,001), rol emocional (p: 0,001), salud mental, etc. (p: 0,003) y salud general (p: 0,001). Las dimensiones que más cambiaron fueron los roles emocionales y la salud en general, que cayeron un 39,5% y un 21,0%, respectivamente. Y demuestran que, en un entorno aislado, la calidad de vida relacionada con la salud de los jóvenes se ve reducida debido al COVID-19, principalmente en los aspectos psicológicos y sociales.

Guzman-Muñoz E et al (12) “Factores asociados a una baja calidad de vida en adultos chilenos durante la cuarentena por COVID-19” Intentando determinar los factores que contribuyen a la mala calidad de vida de los adultos chilenos durante el aislamiento. La encuesta SF-36 fue respondida por 1.082 adultos en cuarentena entre las edades de 18 y 60. Otras variables estudiadas incluyen antecedentes sociodemográficos, estado nutricional, estilo de vida, actividad física, sedentarismo y tiempo de sueño. Se realizó un análisis de regresión logística. Factores que reducen la salud en general. Mujeres (OR: 1,29), falta de actividad física (OR: 2,76), horas de sueño poco saludables (OR: 1,58), fumar (OR: 1,59) y comer comida chatarra (OR: 2, 26). Para otras dimensiones de la calidad de vida, los factores que más se repiten son las mujeres, la comida chatarra y el sedentarismo. Durante el aislamiento pandémico de COVID-19 de la población chilena, existen algunos factores relacionados con la mala calidad de vida. Su identificación puede fortalecer acciones correctivas a nivel de gobierno en beneficio de la salud de las personas.

Alemán Castillo R (13) “Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF en tiempos de pandemia por el COVID-19” La OMS ha diseñado una herramienta para evaluar la calidad de vida de personas y pacientes sanos. A diferencia de otras, esta herramienta considera la percepción del sujeto desde las dimensiones física, psicológica, social y ambiental. Su objetivo es aplicar el cuestionario WHOQOL-BREF para adaptarse a la población de Bolivia. En el caso del COVID-19 en Bolivia, con el fin de evaluar la confiabilidad y explicar la posible relación de las variables con la calidad de vida, los resultados muestran que, en comparación con los hombres, los puntajes de calidad de vida de las mujeres son menores, porque, por otro lado, existe una relación entre la calidad de vida y la satisfacción con la salud. Existe una correlación positiva, la cual está relacionada con la edad. Se determina que a partir de los 61 años el puntaje de calidad de vida es el más alto. Finalmente, a menor nivel de daño percibido por las personas, mayor es la puntuación de calidad de vida. La confiabilidad del coeficiente alfa de Cronbach es aceptable

Antecedentes nacionales

García Ferreira et al (14) en su estudio “Efectos a corto plazo de los factores de riesgo cardiopulmonar en la calidad de vida de pacientes hospitalizados con COVID-19”. Este estudio es observacional, descriptivo, ambicioso, correlativo y se realizará en la Sede Clínica Internacional en Lima. Las historias clínicas se revisaron mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. Luego se utilizaron los cuestionarios EQ-5D-3L y EQ-EVA en entrevistas telefónicas. La diferencia promedio en la calidad de vida antes y después de la COVID-19 fue de 12,8 puntos. La edad media ha sido de $50,9 \pm 13,8$

años y el IMC medio estaba en el rango de sobrepeso. La mediana de tiempo a partir del alta hospitalaria hasta la entrevista telefónica ha sido de 238 días. La diferencia promedio en la calidad de vida previamente y luego de la coronavirus ha sido de 12,8 puntos de vista. Las complicaciones más frecuentes fueron diabetes (13,3 %), hipertensión (20,3 %), obesidad (35,7 %), asma (6,99 %), tabaquismo (0,7 %), enfermedad cardiovascular preexistente (1,4 %) y edad avanzada (29%). La calidad de vida fue la más afectada en los hombres, predominando la diabetes ($p=0,004$), la hipertensión arterial ($p=0,007$) y la obesidad ($p=0,03$). La enfermedad cardiovascular previa se asoció con un mayor impacto en la higiene personal.

Pezo MF (15) en su trabajo “Percepción de calidad de vida después del alta en pacientes COVID-19”, identifica la percepción de la calidad de vida después del alta en pacientes con diagnóstico de COVID-19 leve en la provincia de Huaral. Este estudio fue de diseño no experimental, de corte transversal y nivel de correlación. La recolección de datos se realizó por videollamada, el instrumento utilizado fue EUROQOL-5D-5. Se dieron de alta del hospital 506 pacientes con COVID-19 para una muestra de 345, con un error del 3% y un intervalo de confianza del 95%. El dolor y la incomodidad fueron las limitaciones más comunes (43 %) percibidas por las personas con COVID-19 leve, y solo el 12 % sintió una salud óptima. Conclusiones: Se concluyó que una proporción significativa de los pacientes recuperados y dados de alta con COVID-19 evaluados entre las semanas 2 y 22 de inicio de síntomas sintieron que su estado de salud tenía algunas limitaciones, y casi la mayoría sintió que su salud se ha deteriorado.

2.1.1 Antecedentes regionales

No se han realizado trabajos a nivel regional que aborden el problema planteado

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 COVID-19

La vivencia de esta pandemia (COVID-19) nos ha demostrado que para contener futuros brotes, se necesita, por un lado, estudiar y contar con información de calidad suficiente y actualizada sobre la propagación de la patología y, sin embargo; llevar a cabo medidas a tiempo real tanto de contención epidemiológica (cuarentena, distanciamiento social, uso de mascarilla), como de rastreo de casos positivos (asociados a exámenes PCR por ejemplo) entre la población. Si algo ha quedado claro en la presente enfermedad pandémica es que la movilización fue fundamental para comprender los patrones de propagación de las patologías infecciosas y para diseñar políticas de contención tanto de brotes localizados como de transmisión comunitaria. El gran movimiento de las masas por las diversas zonas geográficas se caracterizaba por la propagación rápida del COVID y en cierta medida ayudaron a la importación de casos y se debería monitorear para lograr mantener el control de la propagación de casos. Es importante por el número de contactos que haya tenido los individuos que poseen el virus. La transmisión de SARS-Cov-2 se da por vía aérea y la exclusiva forma de parar la transmisión comunitaria a falta de otras herramientas es eludir el contacto entre los individuos. El aislamiento disminuye el número de contactos que tiene cada individuo, así como la época de relación y exposición a casos positivos y por consiguiente es un instrumento eficaz a partir de la perspectiva epidemiológica.

La naturaleza de la manera de transmisión del covid-19 se ha sometido a un fuerte debate científico casi a partir del inicio de la epidemia. Ejemplificando, la gripe o la tuberculosis son patologías de transmisión aérea que lo elaboran sobretodo en pequeñas gotas

que se quedan suspendidas en el aire. Las gotas y el virus o la bacteria tienen la posibilidad de conservar suspendidas en el aire y ello posibilita que sin contacto directo persona a persona te puedas infectar. En otros términos, lo cual se sabe cómo transmisión aérea ('airborne'). En la situación de los covid-19 y en especial SARS-CoV-2 la transmisión es por medio de gotas mayores que debido al peso caen velozmente al suelo. Por consiguiente, solo el contacto directo persona a persona posibilita su dispersión (5).

Diversos estudios indican que una gran parte de los pacientes infectados que han transmitido el virus (44% de los eventos analizados), lo hicieron en la etapa pre sintomática (hasta 2-3 días anterior a la presentación de los primeros síntomas). Lo cual indica que los sistemas de monitoreo deberían integrar este criterio en el momento de evaluar eventos de transmisión, para poder contener los brotes de una manera más positiva. A partir del principio de la enfermedad pandémica se han notificado casos de pacientes que obtienen un resultado positivo tras su completa recuperación. Hasta la fecha, la mejor prueba nace de Corea del Sur, donde se hizo el seguimiento de 285 de dichos pacientes y sus contactos. Tras el análisis epidemiológico y el testado de los contactos, se concluyó que ninguno de los analizados era positivo, indicando de esta forma que los pacientes con resultado de PCR positiva (5).

2.2.2 POST COVID

El SARS COV 2 es un virus cuyo principal daño es el sistema respiratorio, que puede afectar a otros sistemas como músculos, nervios, corazón, riñones, digestión y sistemas de la piel. La historia natural de esta enfermedad que estamos estudiando muestra que la mayoría de los pacientes sobrevivieron después de una recuperación completa de la función y la estructura. Un pequeño

número de pacientes presenta complicaciones pulmonares después de COVID 19. Pueden ser intersticiales, vasculares, miopáticas o bronquiales, lo que plantea nuevos desafíos para los neumólogos. El desafío es identificar el subgrupo de pacientes a tiempo y permitirles participar en un seguimiento clínico, funcional y de imagen personalizado, que nos permita brindarles las mejores opciones de diagnóstico y tratamiento para minimizar los daños a corto, mediano plazo y daño a largo plazo (16).

Ante el potencial impacto de éstas secuelas respiratorias, afectando la calidad de vida del paciente, retomando sus actividades cotidianas, y en algunos casos provocando daños orgánicos irreversibles; la evidencia existente sobre las complicaciones y secuelas posteriores al COVID-19 es aún escasa, basada principalmente en el asesoramiento de expertos o informes de casos clínicos, y los resultados de seguimiento no superan los 6 meses. Vulnerabilidad en los primeros 2 meses después de la recuperación inicial, ya que el 27% de los pacientes requieren reingreso (20%) o mueren (9%) durante este período, siendo los primeros 10 días el mayor riesgo de complicaciones (17).

2.2.3 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL ÁREA COVID

En medio de la incertidumbre que generaba la pandemia de COVID-19, los esfuerzos se encaminan a salvar vidas. Hasta ahora, no está claro cuáles son las promesas de función física, salud emocional y calidad de vida de los sobrevivientes de COVID-19, pero se sabe que muchos factores causan cambios en los diferentes sistemas de los humanos. Como la sedación y uso de bloqueadores neuromusculares, ventilación mecánica prolongada, aislamiento,

falta de ejercicio y cambios en el nivel de conciencia, que pueden conducir a discapacidad física, problemas de salud mental y/o déficits cognitivos que empeoran (18).

La medicina intensiva pertenece al principal sistema de salud moderna, del mismo modo, que cerca del 50% poblacional estadounidense va a ser atendido en una UCI alguna vez de su historia o morirá en ella. El propósito de la UCI es ofrecer a los enfermos críticos una ayuda exhaustiva instantánea idónea a necesidades validadas tanto por el profesional tratante como por recursos de medición, requerimientos y costo pronóstico, de la manera más segura y con la mejor calidad viable. En este entorno, teniendo presente la gravedad del enfermo crítico, el alto número de métodos de alta dificultad, la barrera de comunicación médico-paciente y médico-familia, la ejecución pertinente de métodos de diagnóstico y procedimiento; sumado al primordial y sincronizado trabajo multidisciplinario con la utilización eficiente de recursos, transforman las UCI en zonas potenciales para la recuperación del paciente, fundamento por el que nace la inquietud de desarrollo de reglas de calidad y estabilidad para el paciente crítico. De igual manera la calidad de la medicina intensa en los últimos instantes de la vida es razón de interés, con el propósito de buscar excelencia en la calidad asistencial finalmente de la vida, por lo que se definen criterios de excelencia en medicina exhaustiva aplicable a sistemas hospitalarios explicando magnitudes, indicadores y superficies de actuación para mejorar la calidad en el enfermo crítico de fin de vida. Dichos nuevos criterios de evaluación resultan de las reglas de administración de la calidad, en las cuales se establece que los servicios sanitarios tienen que llevar a cabo no solamente las expectativas de los pacientes y parientes (calidad percibida), sino además con criterios de efectividad y eficiencia en la atención (calidad intrínseca). De esta forma, el nuevo panorama define la

calidad de la ayuda sanitaria como segura, correcta, positiva, eficiente, accesible, que sigue los inicios de justicia centrada en el paciente; así mismo se sugiere la revisión del consentimiento reportado de métodos, la limitación del soporte esencial, el respeto a las voluntades anticipadas, la Adecuación de los cuidados, y la controversia sobre la confidencialidad y los conflictos éticos en la reanimación (19,20).

La calidad asistencial en una UCI se define en límites de estabilidad, efectividad, eficiencia, adecuación, accesibilidad, siguiendo los principios de justicia y centralización en la atención sanitaria hacia el enfermo crítico. (21)

La efectividad asistencial es evaluada utilizando la mortalidad hospitalaria ajustada a la gravedad clínica. No existe un acuerdo general de la valoración de la eficiencia asistencial, siendo dedicadas relacionadas con el aprovechamiento del recurso hospitalario y costeo, el cual es de difícil medición por su afectación con base a la dificultad para la estimación de la actividad y producción del servicio sanitario gracias a la disponibilidad temporal y su polivalencia. No obstante, el tiempo de estancia en la UCI, en días, puede ser el equivalente de eficiencia asistencial en las UCI por la directa vinculación de la estancia con el índice de complicaciones. La estabilidad del paciente es una base importante de la atención sanitaria. La optimización de la estabilidad del paciente necesita por todo el sistema un esfuerzo complejo que engloba una extensa gama de ocupaciones dirigidas hacia la optimización del funcionamiento; la administración de la bioseguridad y los riesgos medioambientales, integrado el control de las infecciones; la utilización segura de los medicamentos, y la seguridad en general, de la práctica clínica y de las condiciones en el cual se presta la atención sanitaria (21).

2.2.4 CALIDAD DE VIDA

Quienes ingresaron a UCI fue porque se encontraban en un estadio más grave de la enfermedad, se activa el daño alveolar difuso, se observa una membrana transparente rica en fibrina y macrófagos producidos por el virus, lo que conduce al deterioro del organismo y disminución de la capacidad de metástasis, por lo que la persona infectada con mayor gravedad es el paciente con disfunción pulmonar y respiratoria tras el alta, fatiga, dificultad para respirar, atrofia muscular, incluido el tejido muscular (22).

Según la OMS, la calidad de vida se refiere a la importancia del trasfondo cultural y valorativo de la vida de una persona, y la relación entre la calidad de vida y las expectativas personales: Por tanto, la calidad de vida se ve afectada por determinantes económicos, sociales y culturales. De esta forma, la percepción de la salud integra aspectos de la vida directamente relacionados con las funciones físicas y mentales y el bienestar, pudiendo dividirse en cuatro aspectos:

- Estado físico y capacidad funcional.
- Estado mental y bienestar.
- Interacción social.
- Condiciones económicas y sus factores.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es una variable importante que mide subjetivamente el impacto de las enfermedades y sus tratamientos en la vida de los sujetos. La evaluación de la CVRS en medicina nos proporciona un resultado final de salud que se centra en las personas, no en las

enfermedades; independientemente de los datos clínicos, cómo se sienten los pacientes (23).

Teniendo en importancia que la CVRS es un criterio multidimensional, a partir de la percepción del paciente y que cada magnitud de la CVRS cambia con la era, se han diseñado diferentes artefactos para entablar una aproximación a la medición de la CVRS. Los específicos se centran en puntos de la calidad de vida propios de una patología o síndrome concreto. No poseen, por consiguiente, la amplitud de las herramientas genéricas, empero sí tienen la posibilidad de ser más susceptibles a puntos de la calidad de vida determinados por efectos de una patología concreta. (24)

Gracias a los peligros a la salud, los adultos mayores tienen la posibilidad de ser uno de los últimos conjuntos poblacionales de sufrir de la enfermedad pandémica, tomando en cuenta entonces que son quienes realmente guardar distanciamiento social. Los adultos mayores que viven con enfermedades crónicas como la diabetes requieren un servicio de salud que los ayude a conllevar un envejecimiento sano y merecedor. Tomando en cuenta que para poder envejecer sanamente se necesita conservar la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, y es ser y hacer lo cual valora; es importante las tácticas de salud que promuevan oportunidades para que los ancianos tengan la posibilidad de mantener / mejorar sus habilidades físicas y mentales (capacidad intrínseca). La enfermedad pandémica por coronavirus da una posibilidad para robustecer la mejora de las habilidades para la prevención y desempeño de las personas con condiciones crónicas de salud en el primer grado de atención, debido a que los nosocomios permanecen saturados y con elevado peligro de contagio. Después de la enfermedad pandémica se tiene el desafío de aprovechar las lecciones aprendidas y continuar fortaleciendo

las habilidades de prevención, funcionamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad dentro de una idónea red de servicios de salud articulados con los servicios sociales que se orientan a la comunidad (25).

A lo largo de todo el lapso de encierro y más allá, los adultos más grandes necesitan ingreso constante y conveniente a la atención de salud. Los expertos de salud poseen un papel importante en beneficiar los individuos más grandes y brindar una atención integral y centrada en el individuo para resultados en salud más efectivos, por lo que sus conocimientos, capacidades y valores tienen que estar en continúa formación (26).

La OMS ha desarrollado una herramienta para evaluar la calidad de vida en personas sanas y enfermas.

WHOQOL– BREF

Cuestionario de familiarización con casos vividos por la pandemia de coronavirus en Tarija (Bolivia), con el objetivo de evaluar la confiabilidad y describir variables relacionadas con la calidad de vida. Las mujeres obtuvieron puntajes más bajos en calidad de vida que los hombres, mientras que hubo una interacción positiva entre la calidad de vida y la satisfacción con la salud, y la calidad de vida relacionada con la edad alcanzó su punto máximo a los 61 años. Resulta que tenemos un puntaje. Esto indica que la percepción de calidad de vida también es mejor (27)

2.2.5. MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA (SF36)

El Cuestionario de Salud SF-36 es una escala de propósito general que proporciona una visión general del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población en general. Fue

desarrollado en los Estados Unidos a principios de la década de 1990 para su uso en estudios de resultados médicos (28). Es útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y subgrupos específicos, evaluar la carga de diversas enfermedades, evaluar los beneficios para la salud de diversos tratamientos y evaluar el estado de salud de pacientes individuales (29). Para la elaboración del cuestionario se seleccionaron los conceptos mínimos necesarios para mantener la validez y las características operativas de la prueba inicial. El cuestionario final abarcó 8 escalas que representan los conceptos de salud más utilizados en el cuestionario de salud principal, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Tiene muy buenas propiedades psicométricas, ha sido citado en más de 400 artículos (30), y la extensa investigación realizada lo convierte en una de las herramientas más prometedoras en el campo de la CVRS (31).

El cuestionario de salud SF-36 consta de 36 preguntas (elementos) que se utilizan para evaluar el estado de salud positivo y negativo. Fue desarrollado a partir de una gran cantidad de cuestionarios en calidad de salud, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud (31).

El cuestionario, desarrollado originalmente en los Estados Unidos, fue traducido al español por 2 hablantes nativos bilingües de español. Además, calificaron la dificultad de traducción en una escala de 0 (sin dificultad) a 100 (extremadamente difícil). Las traducciones concertadas se entregan a 2 evaluadores, quienes califican la calidad de las traducciones en una escala de 0 (totalmente inadecuada) a 100 (perfecta) según 3 criterios: claridad, uso de un lenguaje común y equivalencia conceptual. Con base en sus revisiones, se organizó una traducción directa preliminar cuyo

idioma nativo es el inglés norteamericano. Los 36 ítems del instrumento cubren medidas de funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Además, el SF-36 incluye un elemento de transición que pregunta sobre los cambios en el estado de salud general en comparación con el año anterior. Este elemento no se utiliza en los cálculos de escala, pero proporciona información útil sobre los cambios percibidos. Finalmente, se realizó un estudio piloto en diferentes grupos de pacientes crónicos para evaluar la comprensión y viabilidad del cuestionario. Antes de producir la versión final del cuestionario, se realizaron estudios empíricos para ajustar sus opciones de respuesta y confirmar la validez del orden, es decir, el orden o secuencia, y asegurar un alto nivel de medición (32).

Este cuestionario fue validado también en el Perú (33) (34) donde las puntuaciones SF-36 no se muestran en escalas, como sucede con la mayoría de instrumentos de percepción en salud; deben interpretarse de acuerdo al mayor o menor puntaje obtenido, no debiendo ser interpretadas en forma aislada, sino en comparación con la distribución de las puntuaciones de un grupo de referencia o generando puntuaciones que categoricen mejor o peor calidad de vida (35).

Escalas del SF36

Son 8 escalas y se resume de la siguiente manera:

A.- Función corporal. - Mide hasta qué punto la salud restringe la actividad física, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, agacharse, levantar o cargar objetos pesados y el ejercicio moderado y fuerte.

B.- Rol físico. - Evalúa el grado de salud física que interfiere con el trabajo y otras actividades diarias, incluido un rendimiento inferior al esperado, restricciones en el tipo de actividad realizada o dificultad para realizar actividades.

C.- Dolor corporal. - Evalúa la intensidad del dolor y su impacto en el trabajo normal al aire libre y en casa.

D.- Salud general. - Proporcionar una evaluación de la salud personal, incluido el estado de salud actual, las perspectivas de salud futuras y la resistencia a las enfermedades.

E.- Vitalidad. - Cuantifica la sensación de energía y vitalidad y la sensación de cansancio o agotamiento.

F. Función social. - Mide el grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren con la vida social normal.

G. Rol emocional. - Evalúa cómo los problemas emocionales interfieren con el trabajo u otras actividades diarias, incluida la reducción del tiempo dedicado a estas actividades, un rendimiento inferior al esperado y una atención reducida en el trabajo.

H.-Salud mental. - Mide la salud mental general, incluida la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.

Además, SF-36 incluye un programa de transición que pregunta sobre cambios en el estado de salud general en comparación con el año anterior. Este ítem no se utiliza para calcular ninguna escala, pero proporciona información útil sobre los cambios en la salud que se percibieron durante el año anterior al uso del SF-36.

Los cuestionarios deben ser autoadministrados a través de entrevistas presenciales y/o virtuales. Las puntuaciones se calculan utilizando una escala común de 0 a 100 puntos y se diferencian por dimensión. A mayor puntuación, mejor calidad de vida.

CAPITULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional no se considerará hipótesis estadística

3.2 VARIABLES

3.2.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	CATEGORIAS	ESCALA
Edad	Años cumplidos a la entrevista del cuidador (ra) y mayor de edad	1. Menor de 20 años 2. De 20 a 29 años 3. De 30 a 39 años 4. De 40 a 49 años 5. De 50 a 59 años 6. De 60 a más	Intervalo
Ocupación	Principal actividad económica remunerada adicional a la responsabilidad de cuidador	1. Empleado dependiente 2. Empleado independiente 3. Ama de casa 4. Obrero Independiente 5. Obrero dependiente 6. Sin ocupación adicional	Nominal
Nivel de instrucción	Ultimo grado alcanzado	1. Ninguna 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Superior incompleta 7. Superior completa 	
Estado civil	Condición conyugal actual	<ul style="list-style-type: none"> 1. Soltera(o) 2. Casada (o) 3. Viuda (o) 4. Conviviente (o) 	Nominal
Lugar de procedencia	Lugar donde residió los últimos 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> 1. Tacna 2. Puno 3. Arequipa 4. Moquegua 5. Otros 	Nominal
Enfermedades concomitantes	Presencia de enfermedades crónicas sistémicas concomitantes en tratamiento médico	<ul style="list-style-type: none"> 1. Diabetes 2. Hipertensión 3. Tuberculosis 4. Artritis reumatoide 5. otras 	Nominal
Tiempo transcurrido del alta	Tiempo en meses del alta hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> 1. <1 mes 2. 1 ≤ a <4 meses 3. 4 ≤ a <6 meses 4. 6 ≤ meses 	Nominal
Tiempo en Área De Cuidados Críticos	Tiempo de hospitalización en área de cuidados críticos	<ul style="list-style-type: none"> 1. 1 a 2 días 2. 3 a 7 días 3. 8 a 15 días 4. 16 a 30 días 5. Más de 30 días 	Nominal
Recepción de terapia de rehabilitación	Recepción de fisioterapia institucional post alta con sesiones completas	<ul style="list-style-type: none"> 1. Si con Sesiones completas 2. No 	Nominal

Recepción de terapia psicológica	Recepción de terapia psicológica institucional pos alta con sesiones completas	1. Si 2. No	
Calidad de vida	Cuestionario SF 36 (31) Esferas: <ul style="list-style-type: none"> ● Función Física ● Rol Físico ● Dolor Corporal ● Salud General ● Vitalidad ● Función Social ● Rol Emocional ● Salud Mental 	Se analizó la variable en forma continua en una escala de 0 a 100 Puntajes menores, peor calidad de vida. Puntajes mayores, mejor calidad de vida	Razón
Dimensiones generales de calidad de vida	Esfera más afectada. Se determinará mediante el consolidado final de SF 36 : 1. Esfera mental 2. Esfera física	1. Mala calidad de vida 2. Buena calidad de vida	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional, prospectivo, de corte transversal analítico en el campo de la salud pública y línea de investigación epidemiológica y detección de riesgos

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna en 2020 y 2021. En este hospital ofrece la atención médica de moderada complejidad, atención de emergencia, atención hospitalaria y cuidados intensivos con pleno respeto a lo básico. derechos de la persona, así como desarrolla actividades de docencia e investigación en los cursos de pregrado en salud, residencia médica. Pues dada la pandemia por COVID-19 se acondicionó un campo especial para la atención de cuidados críticos, y de cuyo campo procede nuestra población de estudio.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

Todos los pacientes con diagnóstico de COVID-19 y que fueron internados en el área de cuidados críticos en el Hospital de Apoyo

Hipólito Unanue de Tacna durante en el transcurso del año 2020 al 2021 y que cumplían los criterios de inclusión y exclusión

Muestra:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * N * p * q}{(N-1) E^2 + Z_{\alpha}^2 p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población

Z_α = Nivel de confianza o seguridad (95%)

p = Proporción esperada mínima con complicaciones (9%)

q = 1-p

E = Error de estimación

- N= 190
- Z= 1.96
- p= 0.5
- q=0.5
- e= 5%
- n: 127

4.3.1 UNIDAD DE ESTUDIO

Paciente internado en Área de cuidados críticos de COVID-19 severo y que fue dado de alta y actualmente en su domicilio con capacidad de información de su estado.

4.3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a. Pacientes internados en Área de cuidados críticos COVID-19
- b. Dados de alta en condición de recuperados
- c. Residentes en la región de Tacna (zona Urbana o Periurbana)

- d. Sin discapacidad física o mental severa

4.3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a. Pacientes dados de alta por COVID-19 y que no deseen participar en este estudio
- b. Paciente postcovid, con características especiales en la que no pueda responder el cuestionario.
- c. Pacientes fallecidos en servicio o posterior al alta.

4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a. La técnica

La técnica empleada fue la encuesta, se usó el SF36 a pesar que la OMS elaboró el Cuestionario WHOQOL-BREF, pero no encontramos un estudio que haya validado ese instrumento en la población peruana. Vimos también en muchos antecedentes que los investigadores usaron diversos instrumentos para medir calidad de vida relacionada a la salud principalmente el cuestionario SF36

b. Cuestionario de características clínico epidemiológicas

Se desarrolló un cuestionario con características sociodemográficas y de antecedentes de hospitalización (anexo 1)

c. Cuestionario SF 36

Se utilizó el instrumento de calidad de vida SF 36 validado ya para el Perú (34) y de aplicación mediante visita domiciliaria.

Ficha técnica de Validación Nacional:

El instrumento SF 36 fue validado para el Perú a nivel dado el ajuste dado por Salazar en la UPCH para el Perú (34).

Autor: Fernando Salazar, Eduardo Bernabe
Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia
Población de Validación: 4344 peruanos
Fiabilidad de consistencia: Alfa de Cronbach con valor de 0.82 (0.66-0.92)
Validez de Constructo: Comparación de grupos con propiedades válidas para Perú

En el presente estudio se presenta en anexos la estructura de validación para el grupo mediante Alfa de Cronbach solo como estrategia confirmatoria de grupo pues el instrumento cuenta con validación nacional y publicación en diferentes estudios.

Se encontró un Valor de Alfa de Cronbach de 0.8. (estructura por ítems: ver anexos)

Se calcularon los puntajes del test por dimensiones:

- **Función Física:** Limitaciones humanas Realizar todas las actividades físicas, Incluido bañarse o ducharse, debido a problemas Salud.
- **Rol Físico:** problemas laborales o Correspondiendo a otras actividades diarias Tu cuerpo no se encuentra bien.
- **Dolor Corporal:** grado Enfermedades que restringen la actividad diaria
- **Salud General:** Percepción del estado Salud.

- Vitalidad: el grado de energía para realizar actividades de la vida diaria.
- Función Social: frecuencia Interferencia con problemas físicos o emocionales. Y actividades sociales
- Rol Emocional: Problema el resultado es trabajo y otras actividades diarias. Problemas emocionales
- Salud Mental: existe estabilidad emocional Dolor y depresión o felicidad y tranquilo.

Tabla 1 Contenido de la Escala SF36(36)

Dimensión	N.º de ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
		«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Las puntuaciones se calculan utilizando una escala común de 0 a 100 puntos y se diferencian por dimensión. A mayor puntuación, mejor calidad de vida.

Posteriormente se realizó una categorización basada en BAREMO para determinar variables cualitativas o categóricas de adecuada interpretación clínica tanto para los consolidados de Componente Físico y Componente Mental, utilizando la varianza para la

designación de categorías más-menos 1 DE (desviación estándar) respecto al media con 1 desviación estándar, identificándose 3 categorías:

- Calidad de vida Mala: (0- Media + devs. Estándar)
- Calidad de vida buena: (Media + 1 desv. Estándar) – (∞)

Escala Componente Físico (1 DE):

- Calidad de vida Mala: 0 - 43.65
- Componente Físico: >43.65

Escala Mental:

- Calidad de vida Mala: 0- 42.26
- Componente Físico: >42.26

El instrumento cuenta con validación a nivel nacional e internacional.

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

La aplicación del instrumento de recolección de datos fue de tipo cuantitativo adaptado y validado para el servicio respaldado por publicaciones existentes pues el SF 36 ya fue validado para el Perú. El instrumento contempla, además:

- Formato estructurado y ajustado a los objetivos de estudio.
- Se solicitó permiso respectivo del Hospital, Unidad de Capacitación, para el enlistado de historias clínicas en los años referidos.
- Identificación del marco muestral por criterios de inclusión y exclusión
- Formato de registro estructurado.
- Auto administrado con supervisión del investigador en visita de campo
- Levantamiento de investigación mediante visitas domiciliarias en unidades muestrales. Para el recojo de datos se contó con la participación del investigador y un asistente de campo previamente preparado en el instrumento y tema de investigación.
- La información domiciliaria fue extraída de las historias clínicas.
- Se solicitó a las personas que respondan la encuesta de modo voluntario, haciendo hincapié que el cuestionario será anónimo y confidencial a la escala en cuestión, ante la aparición de dudas estas serán respondidas de modo inmediato.

5.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto fue aprobado por dictaminador institucional correspondiente de la Universidad.

Todos los pacientes fueron informados sobre la importancia del estudio, solicitando su participación voluntaria, con la aceptación del llenado de la encuesta se dio por consentida su participación en el presente estudio.

Se guardó absoluta confidencialidad de la identidad de las personas abordadas, a los cuales se les asignará un código de proceso. Para tal fin el levantamiento de la información fue totalmente anónima.

5.3 PROCESAMIENTO ANALÍTICO DE LOS DATOS

Los resultados se presentan en tablas de contingencia de doble entrada con valores absolutos y relativos y gráficos de comparación de las escalas obtenidas en barras de error, con un intervalo de confianza del 95% para la comparación de las dimensiones. Los datos se codifican en EXCEL. Se utilizaron pruebas univariadas para determinar las principales variables relacionadas mediante coeficiente de Spearman para demostrar normalidad. Ajustadas estas, se utilizó intervalo de error no mayor al 5% con un intervalo de confianza del 95%. La prueba de chi cuadrada se usó para identificar las variables relacionadas a las diferentes dimensiones de la escala de vida del SF36. Se consideró un valor p significativo menor a 0.05.

RESULTADOS

Tabla 1: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DEL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE COVID-19 TRATADO EN EL ÁREA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y DADO DE ALTA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS		N	%
Grupo etario	De 40 a 49 años	25	19.7%
	De 50 a 59 años	76	59.8%
	De 60 a más	26	20.5%
	Total	127	100.0%
Ocupación	Empleado dependiente	11	8.7%
	Empleado independiente	34	26.8%
	Ama de casa	28	22.0%
	Obrero Independiente	16	12.6%
	Obrero dependiente	3	2.4%
	Sin ocupación adicional	35	27.6%
Total	127	100.0%	
Nivel de instrucción	Primaria completa	8	6.3%
	Secundaria incompleta	22	17.3%
	Secundaria completa	51	40.2%
	Superior incompleta	23	18.1%
	Superior completa	23	18.1%
Total	127	100.0%	
Estado civil	Soltera(o)	8	6.3%
	Casada (o)	30	23.6%
	Viuda (o)	23	18.1%
	Conviviente (o)	66	52.0%
Total	127	100.0%	
Lugar de procedencia	Tacna	100	78.7%
	Puno	19	15.0%
	Moquegua	4	3.1%
	Otros	4	3.1%
	Total	127	100.0%

En la tabla 1 podemos observar la distribución de frecuencia según las principales variables sociodemográficas. Se observa que un 59.8% se encontraba en el rango de 50 a 59 años de edad, seguido del 20.5% que eran los mayores de 60 años principalmente. Según ocupación, el 27.6% no tenía alguna ocupación actualmente seguido de un 26.8% que refería ser empleado independiente y un 22% ama de casa, principalmente. Según nivel de instrucción, el 40.2% tenía secundaria completa seguido de un 18.1% con superior incompleta o superior completa, respectivamente. Respecto al estado civil, el 50% tenía la condición de conviviente seguido de un 23.6% que tenía la condición de casado (a). Según el lugar de procedencia, el 78.7% procedía de la región de Tacna y un 15% de la región de Puno, principalmente.

Tabla 2: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN TIPO DE COMORBILIDADES PRESENTES EN EL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE COVID-19 TRATADO EN EL ÁREA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y DADO DE ALTA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021.

		N	%
Comorbilidades	Diabetes	41	32.3%
	Hipertensión	32	25.2%
	Obesidad	23	18.1%
	Sobrepeso	19	15.0%
	Artritis reumatoide	5	3.9%
	Asma	2	1.6%

En la Tabla 2 se puede observarse que el 32.3% de los pacientes en estudio tenían el antecedente de diabetes, seguido de un 25.2% de hipertensión, un 18.1% de obesidad y el 15% con sobrepeso. Se debe aclarar que hubo pacientes que incluso presentaron de 1 a tres comorbilidades. De ahí que las tablas no muestren el porcentaje total.

Tabla 3: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN PRESENCIA DE COMORBILIDADES EN EL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE COVID-19 TRATADO EN EL ÁREA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y DADO DE ALTA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021

		N	%
Comorbilidad	Sin comorbilidad	23	18.1%
	Con comorbilidad	104	81.9%
	Total	127	100.0%

En la Tabla 3 se presenta la dicotomización de la variable de comorbilidad. Puede observarse que un 81.9% presentada algún tipo de comorbilidad y un 18.1% no tenía este antecedente.

Tabla 4: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN TIEMPO AL ALTA, TIEMPO EN UCI Y ACCESO A TERAPIA PSICOLÓGICA Y DE REHABILITACION EN EL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE COVID-19 TRATADO EN EL ÁREA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y DADO DE ALTA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021.

		n	%
Tiempo transcurrido del alta	1 mes	3	2.4%
	1 ≤ a <4 meses	11	8.7%
	4 ≤ a <6 meses	23	18.1%
	6 meses ≤	90	70.9%
	Total	127	100.0%
Tiempo en el área de cuidados críticos	1 a 2 días	0	0.0%
	3 a 7 días	18	14.2%
	8 a 15 días	44	34.6%
	16 a 30 días	65	51.2%
	Más de 30 días	0	0.0%
	Total	127	100.0%
Recepción de terapia de rehabilitación	Si con Sesiones completas	112	88.2%
	No	15	11.8%
	Total	127	100.0%
Recepción de terapia psicológica	Si	120	94.5%
	No	7	5.5%
	Total	127	100.0%

En la tabla 4 podemos observar que un 70.9% contaba con más de 6 meses de tiempo transcurrido desde el alta hospitalaria seguido de un 18.1% con 4 a 6 meses post internamiento. Asimismo, el 51.2% había estado internado de 16 a 30 días en el área de cuidados críticos seguido de un 34.6% de 8 a 15 días y un 14.2% entre 3 a 7 días. El tratamiento de ambas variables fue analizadas en los rangos que se presentan en la tabla como variables nominales. El 88.2% refiere haber recibido terapia de rehabilitación física, considerando un mínimo de 10 sesiones y un 94.5% algún tipo de terapia psicológica post alta.

Tabla 5: FRECUENCIA DEL PUNTAJE DE LA ESCALA SF-36 DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESFERAS EN EL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE COVID-19 TRATADO EN EL ÁREA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y DADO DE ALTA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
FUNCION FISICA (0-100)	127	15.00	95.00	48.5827	20.97710
ROL FISICO (0-100)	127	0.00	25.00	6.3484	7.46953
DOLOR CORPORAL (0-100)	127	12.00	100.00	59.0315	13.25748
SALUD GENERAL (0-100)	127	8.33	68.75	43.4613	16.53772
VITALIDAD (0-100)	127	18.75	75.00	51.3287	15.46305
FUNCION SOCIAL (0-100)	127	50.00	87.50	65.7480	9.98667
ROL EMOCIONAL (0-100)	127	8.33	33.33	24.4751	7.90904
SALUD MENTAL (0-100)	127	45.00	70.00	55.4724	5.99050

Pruebas de normalidad:

Hipótesis:

H₀: Los datos **tienen una** distribución normal

H_a: Los datos **no tienen** una distribución normal

Regla de decisión: Si $p \leq 0,05$ se rechaza hipótesis nula

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
FUNCION FISICA (0-100)	.111	127	.001	.955	127	.000
DOLOR CORPORAL (0-100)	.175	127	.000	.916	127	.000
SALUD GENERAL (0-100)	.173	127	.000	.928	127	.000
VITALIDAD (0-100)	.174	127	.000	.908	127	.000
FUNCION SOCIAL (0-100)	.226	127	.000	.854	127	.000
ROL EMOCIONAL (0-100)	.215	127	.000	.848	127	.000

SALUD MENTAL (0-100)	.209	127	.000	.920	127	.000
ROL FISICO (0-100)	.293	127	.000	.765	127	.000

Como el grupo es mayor de 25, se considera para la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov donde valores p: >0.05. Por tanto la distribución de los datos es no normal. Aplica los contrastes con pruebas no paramétricas.

En la tabla 5 podemos observar los puntajes alcanzados en la aplicación del instrumento de medición de la calidad de vida SF.36. Se muestran las 8 esferas exploradas que comprende el instrumento. La distribución de los puntajes es en forma de variable continua y comprende una escala de 0 a 100. Se puede observar que la función social alcanzó el mayor nivel de calidad con una media de 65,74 seguido de dolor corporal(media:59.03), salud mental (media: 55.47) y vitalidad (media: 51.32).

Las esferas más comprometidas son rol físico con una media de 6.34 seguido de rol emocional (media: 24.47), salud general (media: 43.46) y función física (media: 48.58)

Tabla 6: CORRELACIÓN ENTRE LAS ESFERAS DEL SF36 DE MEDICION DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE COVID-19 TRATADO EN EL ÁREA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y DADO DE ALTA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021

		Correlaciones							
Rho de Spearman		FUNCION FISICA (0-100)	ROL FISICO (0-100)	DOLOR CORPORAL (0-100)	SALUD GENERAL (0-100)	VITALIDAD (0-100)	FUNCION SOCIAL (0-100)	ROL EMOCIONAL (0-100)	SALUD MENTAL (0-100)
FUNCION FISICA (0-100)	Coeficiente de correlación	1,000	,600**	,313**	,497**	-,736**	,327**	-,499**	-,417**
	Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
ROL FISICO (0-100)	Coeficiente de correlación	,600**	1,000	,185*	,443**	-,467**	,213*	-,293**	-,188*
	Sig. (bilateral)	,000	.	,037	,000	,000	,016	,001	,034
DOLOR CORPORAL (0-100)	Coeficiente de correlación	,313**	,185*	1,000	,285**	-,226*	,335**	-,301**	-,239**
	Sig. (bilateral)	,000	,037	.	,001	,011	,000	,001	,007
SALUD GENERAL (0-100)	Coeficiente de correlación	,497**	,443**	,285**	1,000	-,521**	,177*	-,426**	-,331**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,001	.	,000	,046	,000	,000
VITALIDAD (0-100)	Coeficiente de correlación	-,736**	-,467**	-,226*	-,521**	1,000	,028	,230**	,331**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,011	,000	.	,754	,009	,000
FUNCION SOCIAL (0-100)	Coeficiente de correlación	,327**	,213*	,335**	,177*	,028	1,000	-,497**	,013
	Sig. (bilateral)	,000	,016	,000	,046	,754	.	,000	,883
ROL EMOCIONAL (0-100)	Coeficiente de correlación	-,499**	-,293**	-,301**	-,426**	,230**	-,497**	1,000	,193*
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,001	,000	,009	,000	.	,030
SALUD MENTAL (0-100)	Coeficiente de correlación	-,417**	-,188*	-,239**	-,331**	,331**	,013	,193*	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,034	,007	,000	,000	,883	,030	.

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 6 se puede observar la correlación aplicada entre las 8 esferas. En esta correlación el instrumento evidencia que casi todas las esferas se relacionaron entre sí de alguna manera ($p < 0.05$) considerando a la enfermedad como un daño multifactorial, a excepción de la esfera de función social que no se ve relacionada a los estados de la esfera de vitalidad ($p: 0.754$), y la función social con la salud mental ($p: 0.883$)

Tabla 7: CORRELACIONES ENTRE LAS ESFERAS Y EL CONSOLIDADO FINAL SEGÚN ESFERA FISICA Y EMOCIONAL DEL SF-36 DE CALIDAD DE VIDA PRESENTES EN EL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE COVID-19 TRATADO EN EL ÁREA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y DADO DE ALTA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021.

		Correlaciones	
		COMPONENTE FISICO GENERAL	COMPONENTE MENTAL GENERAL
FUNCION FISICA (0-100)	Correlación de Spearman	.884	.877
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	127	127
ROL FISICO (0-100)	Correlación de Spearman	.621	-.562
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	127	127
DOLOR CORPORAL (0-100)	Correlación de Spearman	.545	-.384
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	127	127
SALUD GENERAL (0-100)	Correlación de Spearman	.744	-.613
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	127	127
VITALIDAD (0-100)	Correlación de Spearman	-.681	.809
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	127	127
FUNCION SOCIAL (0-100)	Correlación de Spearman	.404	-.093
	Sig. (bilateral)	.000	.294
	N	127	127
ROL EMOCIONAL (0-100)	Correlación de Spearman	-.627	.557
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	127	127
SALUD MENTAL (0-100)	Correlación de Spearman	-.505	.633
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	127	127

En la tabla 7 se observa la correlación de las esferas con el consolidado general según dimensión física y mental. El nivel de calidad de vida evidencia que casi todas las esferas influenciaron en las dimensiones generales física y mental ($p < 0.05$) a excepción de la esfera de función social, que sí tiene una relación directa con la dimensión física pero no con la dimensión mental.

Podemos observar que el componente físico en general estuvo explicado hasta en un 88.4% por la función física (Spearman:0.884), en un 69.7% por el rol físico (Spearman: 0.697) y en un 50.7% por el dolor corporal (Spearman:0.597). Esto determinó una relación indirecta con vitalidad (Spearman: -0.677), donde a mayor compromiso del componente físico menor vitalidad hasta en una proporción del 67.7% y con el rol emocional (Spearman:-0.632) donde el a mayor compromiso del componente físico menor rol emocional hasta en un 63.2%, principalmente.

Tabla 8: COMPARACIÓN FINAL DE LAS DIMENSIONES FISICA Y MENTAL DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL SF-36 EN EL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE COVID-19 TRATADO EN EL ÁREA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y DADO DE ALTA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021.

Medidas de Tendencia central y dispersión					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
COMPONENTE FISICO GENERAL	127	23.59	56.16	36.4040	7.25439
COMPONENTE MENTAL GENERAL	127	21.25	47.01	36.6666	5.59949

Distribución de normalidad:

Hipótesis:

H₀: Los datos **tienen una** distribución normal

H_a: Los datos **no tienen** una distribución normal

Regla de decisión: Si $p \leq 0,05$ se rechaza hipótesis nula

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
COMPONENTE FISICO GENERAL	.072	127	.175	.977	127	.026
COMPONENTE MENTAL GENERAL	.072	127	.183	.977	127	.030

Los valores p para el componente físico y componente mental fueron mayores a 0.05. Lo que determina que una distribución normal y permitiría

utilizar pruebas paramétricas en futuros estudios así como que las variables pueden ser tratadas como nominales si se realiza una distribución por intervalos según criterio de baremación que se estime.

En la tabla 08 se observa la comparación de los puntajes en escala continua de las dimensiones física y mental evidenciándose que los promedios alcanzados por ambas dimensiones son muy similares, 36,40 para la dimensión física general y de 36,66 para la dimensión mental general. en esta observación de medida de tendencia central (media) se pudo observar una mayor dispersión en la dimensión física general (D.E.: 7.25) respecto a la dimensión mental general (D.E: 5.59), lo que evidencia que el componente físico tuvo pacientes que obtuvieron en algunos casos más bajos pero que no fueron estadísticamente significativos.

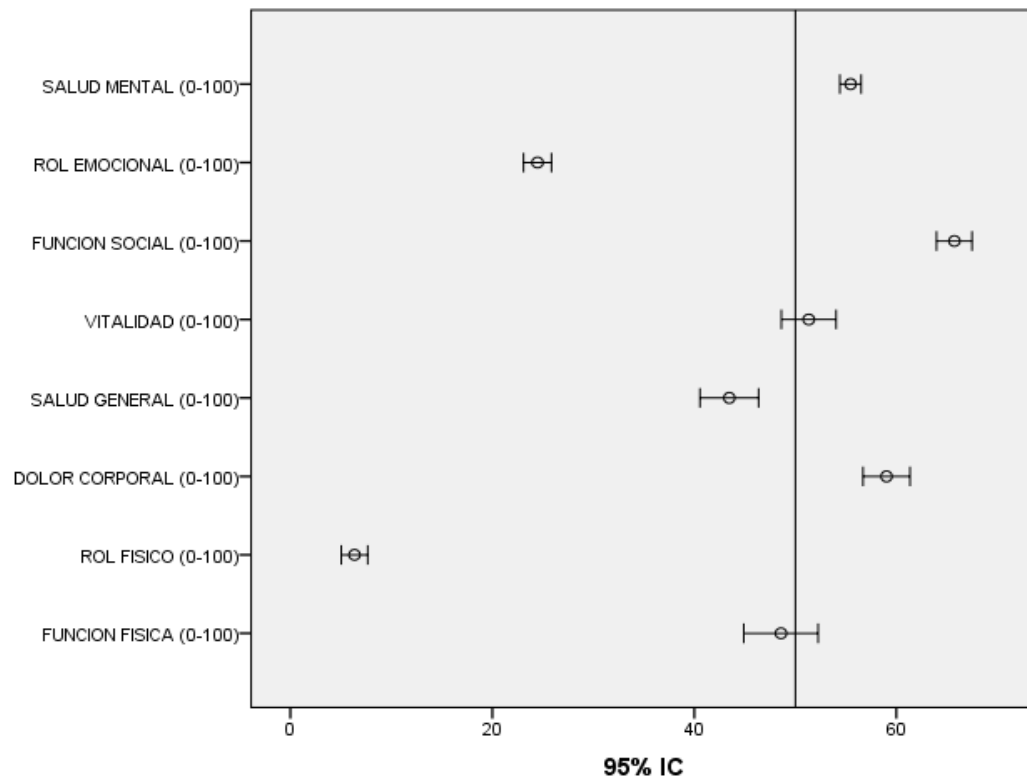


Figura 1: Tendencia de la distribución de las esferas de medición de la calidad de vida.

En la figura 01, además de lo mostrado en las anteriores tablas de puntaje SF 36 en escala continua, Con un intervalo de confianza al 95% podemos afirmar que las esferas con mejor expresión de calidad de vida sería las de función social y dolor corporal, respecto a las demás. Cabe destacar que, si bien estas dos esferas destacan respecto a las demás por fines de priorización, se tiene que considerar en general que estos puntajes expresan en todas las esferas una calidad de vida baja, puesto que en su mejor expresión alcanzan un puntaje de 65.74/100 en la esfera función social y de 59.03/100 en la esfera dolor corporal (tabla 05), pero si la tendencia en el tiempo las características del daño se diera en forma parecida, las esferas que luego alcanzaría niveles adecuados serían salud mental y vitalidad. las esferas más comprometidas son el rol físico y rol emocional.

Tabla 9: Consolidado SF-36 de los componentes físico y mental.

		n	%
COMPONENTE FISICO GENERAL	REGULAR/MALA	106	83.5%
	BUENA	21	16.5%
	Total	127	100.0%
COMPONENTE MENTAL GENERAL	REGULAR/MALA	99	78.0%
	BUENA	28	22.0%
	Total	127	100.0%

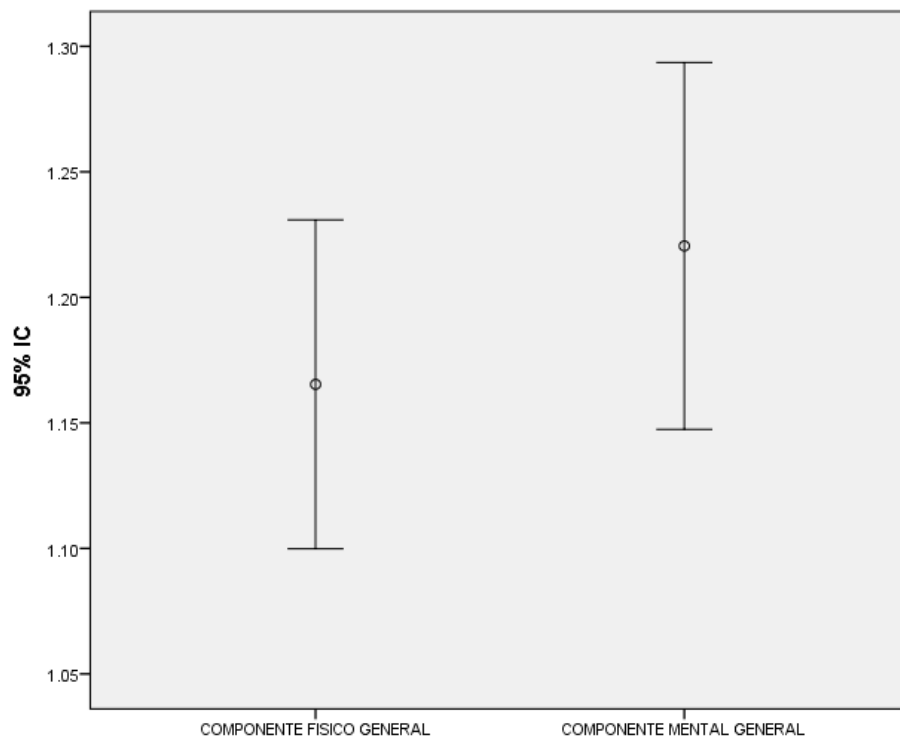


Figura 2: Comparación de las tendencias de los componentes físico y mental

En la tabla 9 y figura 2 se evidencia comparativamente los puntajes obtenidos en las dimensiones físico y mental en la dicotomización categórica de los puntajes de calidad de vida. En la dimensión física general

el 83.5% se encontraba en una regular/mala calidad de vida y en la dimensión mental el 78%. en el componente mental, la proporción de pacientes que evidenciaban mejor calidad de vida representó el 22% comparativamente mayor al 16.5% en el componente físico.

Tabla 10: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON CALIDAD DE VIDA EN EL COMPONENTE FISICO GENERAL EN PACIENTES DADOS DE ALTA POR COVID-19 DEL ÁREA DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021.

		COMPONENTE FISICO GENERAL						p
		MALA		BUENA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Grupo etario*	De 40 a 49 años	20	80.0%	5	20.0%	25	100.0%	0.039
	De 50 a 59 años	60	78.9%	16	21.1%	76	100.0%	
	De 60 a más	26	100.0%	0	0.0%	26	100.0%	
Ocupación*	Empleado dependiente	7	63.6%	4	36.4%	11	100.0%	0.028
	Empleado independiente	26	76.5%	8	23.5%	34	100.0%	
	Ama de casa	21	75.0%	7	25.0%	28	100.0%	
	Obrero Independiente	16	100.0%	0	0.0%	16	100.0%	
	Obrero dependiente	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	Sin ocupación adicional	33	94.3%	2	5.7%	35	100.0%	
Nivel de instrucción*	Primaria completa	8	100.0%	0	0.0%	8	100.0%	0.021
	Secundaria incompleta	22	100.0%	0	0.0%	22	100.0%	
	Secundaria completa	42	82.4%	9	17.6%	51	100.0%	
	Superior incompleta	19	82.6%	4	17.4%	23	100.0%	
	Superior completa	15	65.2%	8	34.8%	23	100.0%	
Estado civil*	Soltera(o)	8	100.0%	0	0.0%	8	100.0%	0.01
	Casada (o)	21	70.0%	9	30.0%	30	100.0%	
	Viuda (o)	23	100.0%	0	0.0%	23	100.0%	
	Conviviente (o)	54	81.8%	12	18.2%	66	100.0%	
Enfermedades concomitantes **	Sin comorbilidad	13	56.5%	10	43.5%	23	100.0%	0.000
	Con comorbilidad	93	89.4%	11	10.6%	104	100.0%	
Tiempo transcurrido del alta*	<1 mes	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	0.109
	1 ≤ a <4 meses	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%	
	4 ≤ a <6 meses	16	69.6%	7	30.4%	23	100.0%	
	6 meses ≤	76	84.4%	14	15.6%	90	100.0%	
Tiempo en el área de cuidados críticos*	1 a 2 días	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.001
	3 a 7 días	10	55.6%	8	44.4%	18	100.0%	
	8 a 15 días	36	81.8%	8	18.2%	44	100.0%	
	16 a 30 días	60	92.3%	5	7.7%	65	100.0%	
Recepción de terapia de rehabilitación*	Si con Sesiones completas	91	81.3%	21	18.8%	112	100.0%	0.06
	No	15	100.0%	0	0.0%	15	100.0%	
Recepción de terapia psicológica*	Si	99	82.5%	21	17.5%	120	100.0%	0.22
	No	7	100.0%	0	0.0%	7	100.0%	

*Exacta de Fisher ** Chi cuadrada

En el componente físico general, las variables relacionadas fueron edad (p:0.039), ocupación (p:0.028), nivel de instrucción(p:0.021), estado civil (p:0.01), enfermedades concomitantes (p:0.000), Tiempo en el área de cuidados críticos (p:0.001).

En este sentido podríamos ver que el grupo de 40 a 49 años presentó un 80% una mala calidad de vida en comparación al 78.9% del grupo de 50 a 59 años, esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Según ocupación la mayor proporción de pacientes con mala calidad de vida estuvo presente en los obreros dependientes (100%), independientes (100%) y sin ocupación (94.3%) respecto al grupo que te era empleado dependiente (63.6%) o empleado independiente (76.5%) u ocupación su casa (75%). Esta diferencia es estadísticamente significativa.

Según nivel de instrucción se puede observar que a menor nivel mayor probabilidad de mala calidad de vida. Tal es así que en el grupo de primaria completa y secundaria incompleta el 100% de los pacientes manifestaron una mala calidad de vida comparado especialmente con el de superior completa donde solamente el 65.2% manifestó una mala calidad de vida. Esta diferencia es estadísticamente significativa.

Según el estado civil el 100% del grupo de solteras o viudas manifestaban una mala calidad de vida en comparación al grupo de casadas o convivientes donde el 70% y 81.8% respectivamente manifestaba una mala calidad de vida. Esta diferencia es estadísticamente significativa.

Según la presencia de comorbilidades el 89.4% del grupo que presentaba con morbilidad manifestaba una mala calidad de vida en comparación al 52.5% sin comorbilidad que manifestaba mala calidad de vida. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. Podemos también inferir que el 43.5% del grupo sin comorbilidad manifestaba una buena calidad de vida en comparación al 10.6% del grupo con comorbilidad. Esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Asimismo podemos observar que a mayor tiempo en área de cuidados críticos mayor probabilidad de percibir una mala calidad de vida. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. Tal es así que en el grupo de 3 a 7 días en área de cuidados críticos, el 55.6% manifestaba una mala calidad de vida. En el grupo de 8 a 15 días el 81.8% manifestaba una mala calidad de vida y en el grupo de 16 a 30 días el 92.3% manifestó una mala calidad de vida.

Cabe destacar que en la interpretación de relaciones de variables y contraste mediante prueba estadística, se considera más adecuado la presentación de los porcentajes de fila, como se puede apreciar en la lectura interpretativa dada.

Tabla 11: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU RELACIÓN CON CALIDAD DE VIDA EN EL COMPONENTE MENTAL GENERAL EN PACIENTES DADOS DE ALTA POR COVID-19 DEL ÁREA DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021.

		COMPONENTE MENTAL GENERAL						p
		HolaMALA		BUENA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Grupo etario*	De 40 a 49 años	22	88.0%	3	12.0%	25	100.0%	0.000
	De 50 a 59 años	68	89.5%	8	10.5%	76	100.0%	
	De 60 a más	9	34.6%	17	65.4%	26	100.0%	
Ocupación*	Empleado dependiente	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%	0.00
	Empleado independiente	33	97.1%	1	2.9%	34	100.0%	
	Ama de casa	24	85.7%	4	14.3%	28	100.0%	
	Obrero Independiente	16	100.0%	0	0.0%	16	100.0%	
	Obrero dependiente	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	Sin ocupación adicional	12	34.3%	23	65.7%	35	100.0%	
	Nivel de instrucción*	Primaria completa	2	25.0%	6	75.0%	8	
Secundaria incompleta		19	86.4%	3	13.6%	22	100.0%	
Secundaria completa		37	72.5%	14	27.5%	51	100.0%	
Superior incompleta		20	87.0%	3	13.0%	23	100.0%	
Superior completa		21	91.3%	2	8.7%	23	100.0%	
Estado civil*	Soltera(o)	7	87.5%	1	12.5%	8	100.0%	0.00
	Casada (o)	26	86.7%	4	13.3%	30	100.0%	
	Viuda (o)	9	39.1%	14	60.9%	23	100.0%	
	Conviviente (o)	57	86.4%	9	13.6%	66	100.0%	
Enfermedades concomitantes**	Sin comorbilidad	18	78.3%	5	21.7%	23	100.0%	0.960
	Con comorbilidad	81	77.9%	23	22.1%	104	100.0%	
Tiempo transcurrido del alta*	<1 mes	1	33.3%	2	66.7%	3	100.0%	0.000
	1 ≤ a <4 meses	0	0.0%	11	100.0%	11	100.0%	
	4 ≤ a <6 meses	22	95.7%	1	4.3%	23	100.0%	
	6 meses ≤	76	84.4%	14	15.6%	90	100.0%	
Tiempo en el área de cuidados críticos*	1 a 2 días	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.028
	3 a 7 días	14	77.8%	4	22.2%	18	100.0%	
	8 a 15 días	40	90.9%	4	9.1%	44	100.0%	
	16 a 30 días	45	69.2%	20	30.8%	65	100.0%	
Recepción de terapia de rehabilitación*	Si con Sesiones completas	86	76.8%	26	23.2%	112	100.0%	0.386
	No	13	86.7%	2	13.3%	15	100.0%	
Recepción de terapia psicológica	Si	95	79.2%	25	20.8%	120	100.0%	0.17
	No	4	57.1%	3	42.9%	7	100.0%	

*Exacta de Fisher ** Chi cuadrada

En el componente mental general, las variables relacionadas (calculado con chi cuadrado) fueron edad (p:0.000), ocupación (p:0.000), nivel de instrucción(p:0.000), estado civil (p:0.000), tiempo transcurrido del alta (p:0.000), tiempo en el área de cuidados críticos (p:0.028)

Según el componente mental general el grupo de 40 a 49 años y el grupo de 50 a 59 años manifestaron una mala calidad de vida en el componente mental, con un 88% y 89.5% respectivamente, en comparación al grupo de 60 años a más, donde sólo el 34.6% manifestó una mala calidad de vida mental general. Esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Según ocupación se observa una diferencia significativa entre las proporciones presentadas en el grupo empleado dependiente, empleado independiente, ama de casa, obrero independiente y obrero dependiente con proporciones del 100%, 97.1%, %85.7%, 100% y 100%, respectivamente en comparación al grupo sin ocupación adicional donde solamente el 34.3% manifestó una mala calidad de vida mental. Esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Según el nivel de instrucción el grupo con menor proporción de compromiso en la calidad de vida mental fue el de primaria completa con una proporción del 25%, comparado a los demás grupos con proporciones por encima del 70%. Esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Según el estado civil el grupo con la condición de viuda(o) tuvo la menor proporción con mala calidad de vida mental (39.1%) en comparación a los demás estados civiles donde superaron el 80%. Esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Según el tiempo transcurrido desde el alta, aquellos con mayor tiempo como ser el de 4 a 6 meses y el de más de 6 meses, con proporciones del 95.7% y 84.4% con mala calidad de vida mental, respectivamente fueron mayores comparado al grupo de un mes o menos en el cual la mala calidad

de vida mental se presentó sólo en el 33.3%. Esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Asimismo se pudo evidenciar que a mayor tiempo en el área de cuidados críticos la probabilidad de percibir una mala calidad de vida estuvo presente. Esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Cabe destacar que en la interpretación de relaciones de variables y contraste mediante prueba estadística, se considera más adecuado la presentación de los porcentajes de fila, como se puede apreciar en la lectura interpretativa dada.

DISCUSIÓN

La calidad de vida en la actualidad se ha convertido en una de las principales estrategias de seguimiento y control de efectividad de la atención médica. Nuestros resultados revelaron que los factores relacionados a calidad de vida en la dimensión física general, fueron edad (p:0.039), ocupación (p:0.028), nivel de instrucción(p:0.021), estado civil (p:0.01), enfermedades concomitantes (p:0.000), tiempo en cuidados críticos (p:0.001). En el componente mental general, las variables relacionadas fueron edad (p:0.000), ocupación (p:0.000), nivel de instrucción(p:0.000), estado civil (p:0.000), Tiempo transcurrido del alta (p:0.000), Tiempo en el área de cuidados críticos (p:0.028). Asimismo, según las esferas exploradas el componente físico general estuvo explicado hasta en un 88.4% por la función física (Spearman:0.884), en un 87.7% por el rol físico (Spearman: 0.877) y en un 62.1% por el dolor corporal (Spearman:0.621). Se pudo observar también una relación indirecta con vitalidad (Spearman: -0.677), donde a mayor compromiso del componente físico menor vitalidad hasta un 68.1% y con el rol emocional (Spearman:-0.627) donde el a mayor compromiso del componente físico menor rol emocional hasta en un 62.7%, principalmente.

La labor asistencial demanda, no sólo la planificación de los recursos orientados a las necesidades identificadas en servicio o internamiento hospitalario, sino que deberían ser potenciadas en el seguimiento post alta de todo paciente que ha sido intervenido, especialmente con procedimientos invasivos. Innumerables publicaciones han propuesto estrategias e instrumentos para identificar esa calidad de vida en los pacientes y su entorno familiar, social o laboral. Entre ellos el SF-36, es un instrumento validado en el país y que ha servido en múltiples ocasiones y en forma muy eficiente identificar las esferas más comprometidas que

permitan la priorización de las actividades sanitarias de seguimiento en los pacientes que fueron intervenidos en algún punto del sistema sanitario. Está claro cómo trabaja este instrumento y cómo es que su invaluable ayuda permite en forma muy eficiente y eficaz identificar las dimensiones que deberían ser potenciadas en la rehabilitación de todo paciente post alta. Molina-Molina et al (10) Señala que la pandemia actual es la peor pesadilla para muchas familias que han perdido a sus seres queridos y para pacientes que han sobrevivido, pero han sufrido grandes pérdidas a causa de la enfermedad Incluye una variedad de aspectos físicos, emocionales, organizacionales y financieros que requieren un abordaje interdisciplinario.

Taboada et al (9) midió la calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por COVID-19 seis meses después del ingreso, comparando los pacientes que requirieron ingreso al área de cuidados críticos con los que no lo precisaron. Durante el período de estudio, el 16,5% pacientes fallecieron durante el ingreso hospitalario. A los seis meses, 183 (75,6%) pacientes completaron los cuestionarios (32 pacientes en cuidados críticos y 151 pacientes no cuidados críticos). El 52,4% refirieron disminución de la calidad de vida. Un número mayor de pacientes de cuidados críticos mostraron un empeoramiento de su calidad de vida (71,9 vs. 43,7%, $p = 0,004$). La diferencia con nuestro estudio es que no hicimos una comparación del antes con el después, pero evaluamos la calidad de vida al momento de la encuesta y encontramos que no hubo ningún paciente con excelente calidad de vida.

Al igual que en este estudio Guzman E et al (11) compara la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36 donde la vitalidad ($p: 0,004$), función social ($p: 0,001$), rol emocional ($p: 0,001$), salud mental, etc. ($p: 0,003$) y salud general ($p: 0,001$) fueron los más afectados. Las dimensiones que más cambiaron fueron los roles emocionales y la salud en general, que cayeron un 39,5% y un 21,0%, respectivamente; esas misma dimensiones fueron las peor valoradas en esta investigación. Pero diferimos con el estudio de

García Ferreira et al (14) quien encontró que las dimensiones más afectadas fueron dolor/malestar (54.5%) y ansiedad/depresión (51%), pues en nuestra población lo peor valorado fueron el rol físico y el rol emocional. Pero quien coincide con García es Pezo (15) encuentra que el dolor y malestar es la limitación más frecuente (43%) que perciben los pacientes con COVID-19 leves y solo el 12% perciben un estado de salud óptimo. , más en cambio con nuestros resultados no podemos afirmar pacientes en nivel óptimo, pero aclaramos que solo trabajamos con pacientes que estuvieron en la unidad de cuidados críticos. Guzman-Muñoz E et al (12) estudia los factores asociados a una baja calidad de vida en adultos chilenos por COVID-19” los cuales fueron falta de actividad física (OR: 2,76), horas de sueño poco saludables (OR: 1,58), fumar (OR: 1,59) y comer comida chatarra (OR: 2, 26). Definitivamente el instrumento usado en el estudio chileno no usa las mismas variables que en nuestro estudio, pero sí podemos afirmar que las comorbilidades y el tiempo en cuidados críticos fueron indicadores más asociados a la mala calidad de vida

En nuestro estudio los puntajes son en forma de variable continua con una escala de 0 a 100 como lo exigía el instrumento SF-36. Observamos que la función social alcanzó el mayor nivel de calidad con una media de 65,74 seguido de dolor corporal (media:59.03), salud mental (media: 55.47) y vitalidad (media: 51.32). cabe destacar que, si bien estas dos esferas destacan respecto a las demás por fines de priorización, se tiene que considerar en general que estos puntajes expresan en todas las esferas una calidad de vida baja, puesto que en su mejor expresión alcanzan un puntaje de 65.74/100 en la esfera función social y de 59.03/100 en la esfera dolor corporal (tabla 05), pero si la tendencia en el tiempo las características del daño se diera en forma parecida, las esferas que luego alcanzaría niveles adecuados serían salud mental y vitalidad. Las esferas más comprometidas son rol físico con una media de 6.34 seguido de rol emocional (media: 24.47), salud general (media: 43.46) y función física

(media: 48.58). en el presente estudio, pero en la proyección vitalidad y función físico tienden a mejorar.

En el Perú, García Ferreira et al (14) aplicaron los cuestionarios EQ-5D-3L y EQ-EVA a través de entrevista telefónica. En relación a calidad de vida en pacientes dados de alta por COVID-19, las comorbilidades asociadas fueron diabetes (13.3%), HTA (20.3%), obesidad (35.7%), asma (6.99%) y Tabaquismo (0.7%), ECV previo (1.4%) y adulto mayor (29%) de igual modo demostramos en nuestro estudio que las comorbilidades representaron el 81.9% en estos pacientes siendo en primer la diabetes (32.3) seguido de hipertensión (25%) y la obesidad y sobrepeso que sumaron al 33.1% de ellos. La mayor población afectada en nuestro estudio fueron pacientes de mayores de 50 años, En cambio para Abril Mera T et al (8) los hospitalizados estuvieron en el rango entre 20 a 65 años de edad. La hipertensión sobresale entre las enfermedades pre-existentes; el 71% de los pacientes vieron la esfera física afectada, donde el 35% señaló que su calidad de vida se había visto afectada respecto al alta hospitalaria. Pensamos que la agrupación de las edades de nuestro estudio aporta mejor al conocimiento de la enfermedad.

Alemán Castillo R(13) demuestra que existe una correlación positiva, relacionada con la edad. Se determina que a partir de los 61 años el puntaje de calidad de vida es el más alto en su grupo de estudio. Del mismo modo, en nuestros resultados encontramos que la edad se asoció significativamente a la calidad de vida

En nuestro estudio, según comorbilidades presentes, el 32.3% de los pacientes en estudio tenían el antecedente de diabetes, seguido de un 18.1% de obesidad y 25.2% de hipertensión.

Se hace necesario diseñar estrategias cada vez más orientadas a la esfera que mejoren el rol físico de los pacientes, así como el rol emocional, así también lo sugiere el estudio de Guzman-Muñoz et al (12) . Ambas

características no son estudiadas en la actualidad como variable de seguimiento para el paciente y solo se realiza la atención cuando el usuario es consciente de su necesidad y solicita el servicio cuando muchas veces ya se encuentra en etapa avanzada.

En nuestro estudio se encontró que el componente con peor puntaje para calidad de vida fue el componente físico general, en tanto que las esferas más negativas para calidad de vida fue el rol físico marcadamente, seguido del rol emocional, la salud general y la función física consecutivamente.

CONCLUSIONES

1. Se identificaron los siguientes factores; en el componente FISICO GENERAL, las variables relacionadas fueron edad (p:0.039), ocupación (p:0.028), nivel de instrucción(p:0.021), estado civil (p:0.01), enfermedades concomitantes (p:0.000), Tiempo en el área de cuidados críticos (p:0.001). En el componente MENTAL GENERAL, las variables relacionadas fueron edad (p:0.000), ocupación (p:0.000), nivel de instrucción(p:0.000), estado civil (p:0.000), Tiempo transcurrido del alta (p:0.000), Tiempo en el área de cuidados críticos (p:0.028)
2. El 59.8% tenía entre 50 a 59 años seguido de un 20.5% de 60 a más años principalmente. Según ocupación, el 27.6% no tenía alguna ocupación actualmente, el 26.8% era empleado independiente y el 22% ama de casa. Según nivel de instrucción, el 40.2% tenía secundaria completa, el 18.1% superior incompleta o superior completa, respectivamente. Respecto al estado civil, el 50% tenía la condición de conviviente y el 23.6% la condición de casado (a). Según procedencia, el 78.7% procedía de la región de Tacna y un 15% de la región de Puno, principalmente.
3. El 32.3% tenían el antecedente de diabetes, el 18.1% de obesidad y 25.2% de hipertensión. El 70.9% tenía más de 6 meses post alta hospitalaria seguido de un 18.1% con 4 a 6 meses post internamiento. El 51.2% había estado internado de 16 a 30 días en el área de cuidados críticos seguido de un 34.6% de 8 a 15 días y un 14.2% entre 3 a 7 días. El 88.2% recibió terapia de rehabilitación física y un 94.5% algún tipo de terapia psicológica

4. Según calidad de vida, las esferas más comprometidas son Rol Físico con una media de 6.34 (D.E. 7.4) seguido de Rol Emocional (Media: 24.47 D.E. 7.9), Salud General (Media: 43.46, D.E. 16.5) y Función Física (Media: 48.58, D.E. 20.9). En el consolidado por dimensiones o componentes, la FISICO GENERAL tuvo una media de 36,40 (D.E: 7.25) y MENTAL GENERAL una media de 36,66 (D.E: 5.59).

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las autoridades y gestores de los distintos niveles de atención, sean hospitales y/o centros de salud diseñar estrategias clínicas de seguimiento al paciente con el antecedente de COVID 19 severo y que haya llegado a internamiento hospitalario abarcando calidad de vida en general, aquella diferenciada por especialidades, con mayor énfasis en neumología, rehabilitación y en los aspectos de salud mental que permitan un retorno psicológico óptimo en la inserción a las condiciones de vida que tuvo antes de la pandemia.
2. Se recomienda a la comunidad científica de del campo de ciencias de la Salud, realizar trabajos de investigación cuasi experimentales que permitan probar nuevos instrumentos de seguimiento de calidad de vida y que estos puedan ser validados a nivel regional, como por ejemplo el propuesto por la OMS,
3. A la dirección regional de Salud y jefes de los distintos establecimientos de Salud de la región de Tacna, se recomienda difundir que la labor médica asistencial brindada en el primer nivel de atención a enfocarse en diferentes actividades sanitarias diseñadas para colaborar con la recuperación del paciente en sus diferentes esferas, preocupándose por la mejora de la salud mental. así como proponer protocolos de atención e implementar medidas de seguimiento consultorios de rehabilitación de fisioterapia, terapia respiratoria entre otros.
- 4.** Se recomienda a los profesionales de la salud normalizar la búsqueda de un compromiso intenso con la salud del paciente, que además de centrarse en el tratamiento de la enfermedad debe también enfocándose en la recuperación de la salud, ya que al parecer existe algún tipo de secuelas físicas y emocionales que es necesario tener en cuenta en los pacientes dados de alta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Falcón Pezo M. Percepción de calidad de vida después del alta en pacientes COVID-19. Rev Cienc Arte Enferm. 20 de diciembre de 2020;5(2):11-8.
2. Taboada M, Rodríguez N, Díaz-Vieito M, Domínguez MJ, Casal A, Riveiro V, et al. Calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por COVID-19. Estudio observacional prospectivo comparando pacientes con o sin ingreso en UCI. Rev Esp Anestesiología Reanim [Internet]. 19 de junio de 2021 [citado 8 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8214168/>
3. Busico M, das Neves A, Carini F, Pedace M, Villalba D, Foster C, et al. Programa de seguimiento al alta de la unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva. 1 de mayo de 2019;43(4):243-54.
4. Maguiña Vargas C, Gastelo Acosta R, Tequen Bernilla A, Maguiña Vargas C, Gastelo Acosta R, Tequen Bernilla A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. Rev Medica Hered. abril de 2020;31(2):125-31.
5. Abellán García A, Aceituno P, Allende A, De-Andrés A, Bartumeus F, Bastolla H, et al. Una visión global de la pandemia COVID-19: Qué sabemos y qué estamos investigando desde el CSIC. Informe elaborado desde la plataforma temática interdisciplinaria Salud Global/Global Health del CSIC [Internet]. CSIC; 2021 [citado 8 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.csic.es/sites/default/files/informe_cov19_pti_salud_global_csic_v2_1.pdf
6. Botero BE, Pico ME. Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. Hacia la promoción de salud [Internet]. 2007 [citado 8 de octubre de 2021];12(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772007000100002&script=sci_abstract&tlng=es
7. Documento para la atención Integral al paciente Post-Covid 2020 Sedisa [Internet]. 2020.^a ed. [citado 8 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/2020-Sedisa-DocumentoAtencionIntegralPost-Covid.pdf>

8. Abril Mera T, Guzmán Menéndez G, Moran Luna L, De la Torre Ortega L. Disnea e impacto en la calidad de vida de los pacientes COVID-19 después del alta hospitalaria. *Vive Rev Salud*. diciembre de 2020;3(9):166-76.
9. Taboada M, Rodríguez N, Díaz-Vieito M, Domínguez MJ, Casal A, Riveiro V, et al. Calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por COVID-19. Estudio observacional prospectivo comparando pacientes con o sin ingreso en UCI. *Rev Esp Anestesiol Reanim [Internet]*. 19 de junio de 2021 [citado 19 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935621001791>
10. Molina-Molina M. Secuelas y consecuencias de la COVID-19. *Revista de Neumología y salud* 13(2):71-77. <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R13/R132-8.pdf>
11. Guzmán-Muñoz E, Concha-Cisternas Y, Lira-Cea C, Vasquez J, Retamal MC-. Impacto de un contexto de pandemia sobre la calidad de vida de adultos jóvenes. *Rev Cuba Med Mil*. 19 de abril de 2021;50(2):0210898.
12. Guzmán-Muñoz E, Concha-Cisternas Y, Oñate-Barahona A, Lira-Cea C, Cigarroa-Cuevas I, Méndez-Rebolledo G, et al. Factores asociados a una baja calidad de vida en adultos chilenos durante la cuarentena por COVID-19. *Rev Médica Chile*. diciembre de 2020;148(12):1759-66.
13. Alemán Castillo R. Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF en tiempos de pandemia por el COVID-19. *Investig Desarro*. 23 de junio de 2021;4(6):109-16.
14. Garcia Ferreira JL, Gomez Avendaño CJ. Impacto a corto plazo de los factores de riesgo cardiopulmonares en la calidad de vida en pacientes hospitalizados con infección por COVID-19 en una clínica privada en Lima. 14 de mayo de 2021 [citado 19 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/4462>
15. Pezo MF. Percepción de calidad de vida después del alta en pacientes COVID-19. *Rev Cienc Arte Enferm [Internet]*. 20 de diciembre de 2020 [citado 19 de octubre de 2021];5(2):11-8. Disponible en: <http://www.cienciaenfermeria.org/index.php/rcae/article/view/95>
16. Aguilar-Gamboa FR, Vega-Fernández JA, Suclupe-Campos DO, Aguilar-Gamboa FR, Vega-Fernández JA, Suclupe-Campos DO. SARS-CoV-2: mucho más que un virus respiratorio. *Rev Arch Méd*

- Camagüey [Internet]. abril de 2021 [citado 8 de octubre de 2021];25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552021000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Zambrano G, Salgado E, Mosquera F, Arregui R, Arnao A, Castro Y, et al. Consenso Multidisciplinario informado en la evidencia sobre el tratamiento de Covid-19 [Internet]. MTT2-Nacional; 2020 [citado 8 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/Consenso-Multidisciplinario-informado-en-la-evidencia-sobre-el-tratamiento-de-Covid-19-V9_11_08_2020_compressed.pdf
 18. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F, Ramírez-Ortiz J, et al. Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. Colomb J Anestesiol [Internet]. diciembre de 2020 [citado 9 de octubre de 2021];48(4). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-33472020000400301&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 19. Aguilar García CR, Martínez Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Crítica Col Mex Med Crítica. junio de 2017;31(3):171-3.
 20. Ministerio de Sanidad y Política Social de Madrid, editor. Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendaciones [Internet]. 1ra. edición. Madrid: www.msps.es; 2010 [citado 9 de octubre de 2021]. (Informes, estudios e investigación). Disponible en: <https://www.msps.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
 21. Peralta L. Propuesta de Mejora de la Calidad del Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José – Callao, Perú [Internet]. [Callao-Lima]: ESAN-Peru; 2019. Disponible en: https://repositorio.esan.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12640/1778/2/019_MAGSS_16-1_07_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 22. Organización Panamericana de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal [Internet]. 2017. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34026/9789507101274_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 23. Rosero DKP, Mera TMA, Menéndez GBG, Luna LEM. Impacto del covid-19 en la capacidad funcional respiratoria y calidad de vida de los pacientes post alta hospitalaria. Cent Sur [Internet]. 18 de mayo de

- 2021 [citado 18 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://www.centrosureditorial.com/index.php/revista/article/view/140>
24. Lopera-Vásquez JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 3 de febrero de 2020 [citado 18 de octubre de 2021];25:693-702. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n2/693-702/>
 25. Luna RD la C, Velarde AV de V, Castillo DL, Daza MM, Estrada LV, Candiotti RT. Recomendaciones para la Rehabilitación de Pacientes Adultos con COVID-19. *Rev Fac Med Humana* [Internet]. 10 de mayo de 2021 [citado 19 de octubre de 2021];21(3). Disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/2957>
 26. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. La atención a las personas mayores durante y después de la COVID19 ¿que deben saber los profesionales de salud en el primer nivel de atención? Sesión 3 [Internet]. 2021 [citado 18 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/atencion-personas-mayores-durante-despues-covid19-que-deben-saber-profesionales-salud>
 27. Castillo RA. Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF en tiempos de pandemia por el COVID-19. *Investig Desarro* [Internet]. 23 de junio de 2021 [citado 18 de octubre de 2021];4(6):109-16. Disponible en: <http://dicyt.uajms.edu.bo/revistas/index.php/investigacion-y-desarrollo/article/view/426>
 28. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Med Care* [Internet]. 1992 [citado 18 de octubre de 2021];30(6):473-83. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3765916>
 29. Ware JEJ. SF-36 Health Survey Update. *Spine* [Internet]. 15 de diciembre de 2000 [citado 18 de octubre de 2021];25(24):3130-9. Disponible en: https://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/SF_36_Health_Survey_Update.8.aspx
 30. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* [Internet]. 15 de junio de 2002 [citado 18 de octubre de 2021];324(7351):1417. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/324/7351/1417.1>
 31. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una

década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [Internet]. abril de 2005 [citado 18 de octubre de 2021];19(2):135-50. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

32. ALONSO J. La version espanola del. Med Clin Barc [Internet]. 1995 [citado 18 de octubre de 2021];104:771-6. Disponible en: <https://ci.nii.ac.jp/naid/10018104358/>
33. Antaviana C. SF-36v2, SF36v2, SF - Cuestionario de Salud SF-36v2 - Perú (Español) - 4 semanas [Internet]. BiblioPRO. [citado 18 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.bibliopro.org/buscador/575/cuestionario-de-salud-sf-36v2-peru-espanol-4-semanas>
34. Salazar FR, Bernabe E. The Spanish SF-36 in Peru: factor structure, construct validity, and internal consistency. 2012 [citado 19 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/5272>
35. Gálvez JMC, Vélez CD, Segura MAA, González LMM, Benavides JPA. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. 2009;9.
36. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. abril de 2005;19(2):135-50.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y ANTECEDENTES CLÍNICOS

Edad: _____

1. Menor de 20 años
2. De 20 a 29 años
3. De 30 a 39 años
4. De 40 a 49 años
5. De 50 a 59 años
6. De 60 a más

Ocupación

1. Empleado dependiente
2. Empleado independiente
3. Ama de casa
4. Obrero Independiente
5. Obrero dependiente
6. Sin ocupación adicional

Nivel de instrucción

1. Ninguna
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Superior incompleta
7. Superior completa

Estado civil

1. Soltera(o)
2. Casada (o)
3. Viuda (o)
4. Conviviente (o)

Lugar de procedencia

1. Tacna
2. Puno
3. Arequipa
4. Moquegua
5. Otros

Enfermedades concomitantes

1. Diabetes
2. Hipertensión
3. Tuberculosis
4. Artritis reumatoide
5. otras

Tiempo transcurrido del alta

1. 1 mes
2. 1 a 3 meses
3. 4 a 6 meses
4. Más de 6 meses

Tiempo en el área de cuidados críticos

1. 1 a 2 días
2. 3 a 7 días
3. 8 a 15 días
4. 16 a 30 días
5. Más de 30 días

Recepción de terapia de rehabilitación

1. Si con
 Sesiones completas
2. No

Recepción de terapia psicológica

1. Si
2. No

Nº de Sesiones : _____

Calidad de vida

1. Buena calidad de vida
2. Regular calidad de vida
3. Mala calidad de Vida

Esferas de calidad de vida

1. Esfera mental
2. Esfera física

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF 36(31)

Su Salud y Bienestar.

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y encierre y señale la que mejor describa su respuesta.

1. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

(Marque solo un número)

1. Mucho mejor ahora que hace un año
2. Algo mejor ahora que hace un año
3. Más o menos igual que hace un año
4. Algo peor ahora que hace un año
5. Mucho peor ahora que hace un año

2.-FUNCIÓN FÍSICA: 10 PUNTOS

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

PREGUNTAS	Si me limita mucho	Si me limita un poco	No me limita nada
1.- Esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores			
2.- Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, caminar más de 1 hora			
3.- Coger o llevar una bolsa de compra			
4.- Subir varios pisos por la escalera			

5.- Subir un solo piso por la escalera			
6.- Agacharse o arrodillarse			
7.- Caminar 1 kilómetro o más			
8.- Caminar varias manzanas			
9.- Caminar una manzana			
10.- Bañarse o vestirse por si mismo			

3.-ROL FISICO: 4 PUNTOS

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? (marque solo un número por cada pregunta).

(0 puntos) (1 punto)

PREGUNTAS	SI	NO
1.- ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo o a sus actividades cotidianas?		
2.- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?		

3.- ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		
4.- ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas, por ejemplo le costó más de lo normal?		

4.- ROL EMOCIONAL: 3 PUNTOS

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo, a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimido o nervioso?

PREGUNTAS	SI	NO
1.- ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?		
2.- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional?		
3.- ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?		

5.-ROL SOCIAL: 8 PUNTOS

5.1.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (Marque un solo número).

1. Nada (4 puntos)
2. Un poco (3 puntos)

3. Regular (2 puntos)
4. Moderado (1 punto)
5. Mucho (0 puntos)

5.2.-Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia la Salud Física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales.

1. Nada (4 puntos)
2. Un poco (3 puntos)
3. Regular (2 puntos)
4. Moderado (1 punto)
5. Mucho (0 puntos)

6.-DOLOR CORPORAL: 10 PUNTOS

6.1 ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

(Marque un solo número)

1. Nada (5 puntos)
2. Poco (4 puntos)
3. Regular (3 puntos)
4. Moderado (2 puntos)
5. Muchos (1 puntos)

6.2.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

(Marque un solo número)

1. Nada (5 puntos)
2. Un poco (4 puntos)
3. Regular (3 puntos)
4. Moderado (2 puntos)
5. Mucho (1 puntos)

7.- ENERGÍA Y VITALIDAD: 20 PUNTOS

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia. (Marque un solo número por cada pregunta).

7.1.- ¿Se sintió lleno de vitalidad?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-
Nunca

7.2.- ¿Tuvo mucha energía?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-
Nunca

7.3.- ¿Se sintió agotado?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-
Nunca

7.4.- ¿Se sintió cansado?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-
Nunca

8.-SALUD MENTAL: 25 PUNTOS

8.1.- ¿Estuvo muy nervioso?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-
Nunca

8.2.- ¿Se ha sentido tan bajo de moral que nada le sube el ánimo?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-
Nunca

8.3.- ¿Se sintió calmado y tranquilo?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-
Nunca

8.4.- ¿Se sintió desanimado y triste?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-
Nunca

8.5.- ¿Se sintió feliz?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-
Nunca

9.- SALUD GENERAL: 20 PUNTOS

9.1.-SALUD GENERAL ITEM I

En general Ud. diría que su salud es:

1. Excelente 2. Muy Buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala

9.2.-SALUD GENERAL ITEM II

PREGUNTAS	Totalmente cierto	Bastante cierto	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
1.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	(0 puntos)	(1 punto)	(2 puntos)	(3 puntos)	(4 puntos)
2.- Estoy tan sano como cualquiera	(4 puntos)	(3 puntos)	(2 puntos)	(1 punto)	(0 puntos)
3.- Creo que mi salud va a empeorar	(0 puntos)	(1 punto)	(2 puntos)	(3 puntos)	(4 puntos)
4.- Mi salud es excelente	(4 puntos)	(3 puntos)	(2 puntos)	(1 punto)	(0 puntos)

PRUEBA PILOTO: ANALISIS DE CONFIABILIDAD

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
	Válidos	30	100,0
Casos	Excluidos ^a	0	,0
Total		30	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,824	,830	36

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	52,1000	87,748	,317	.	,821
Esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	55,9000	90,024	-,080	.	,827

Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, caminar más de 1 hora	55,5667	84,530	,526	.	,815
Coger o llevar una bolsa de compra	55,1333	87,016	,101	.	,829
Subir varios pisos por la escalera	55,6667	87,885	,171	.	,823
Subir un solo piso por la escalera	55,6667	83,471	,680	.	,812
Agacharse o arrodillarse	54,8333	85,661	,214	.	,824
Caminar 1 kilómetro o más	55,7333	87,099	,280	.	,821
Caminar varias manzanas	55,2000	84,993	,429	.	,817
Caminar una manzana	55,8333	90,213	-,097	.	,828
Bañarse o vestirse por si mismo	55,9000	90,024	-,080	.	,827
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo o a sus actividades cotidianas?	55,6667	85,747	,414	.	,818
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	55,6000	84,800	,502	.	,816
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	55,6000	84,800	,502	.	,816
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas, por ejemplo le costó más de lo normal?	55,6000	84,800	,502	.	,816
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	55,6000	88,179	,131	.	,824

¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional?	55,4333	85,013	,472	.	,817
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	55,9333	89,513	,016	.	,825
Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	55,7333	89,513	-,018	.	,828
Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia la Salud Física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales	55,6333	82,171	,535	.	,813
¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	55,7333	83,306	,564	.	,813
Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual	55,3667	86,723	,181	.	,824
¿Se sintió lleno de vitalidad?	55,4667	89,982	-,064	.	,833

¿Tuvo mucha energía?	55,7667	84,599	,453	.	,816
¿Se sintió agotado?	55,1333	80,878	,550	.	,811
¿Se sintió cansado?	55,8000	86,166	,440	.	,818
¿Estuvo muy nervioso?	55,4333	79,013	,498	.	,812
¿Se ha sentido tan bajo de moral que nada le sube el ánimo?	54,7000	77,597	,484	.	,813
¿Se sintió calmado y tranquilo?	54,6667	88,713	-,012	.	,836
¿Se sintió desanimado y triste?	55,3333	74,989	,794	.	,798
¿Se sintió feliz?	55,4000	80,869	,496	.	,813
En general Ud. diría que su salud es	54,9667	70,930	,618	.	,806
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	55,4667	81,154	,475	.	,814
Estoy tan sano como cualquiera	55,8333	89,109	,056	.	,825
Creo que mi salud va a empeorar	55,7667	88,737	,056	.	,826
Mi salud es excelente	55,8333	90,144	-,088	.	,827